

Ersatzmahlzeiten

und
wissenschaftlich basiertes

Gewichts-Management

bei **Fettsucht**

Slim-Fast[®]

BMI-Tabelle (Body Mass Index)

Höhe (in cm)	190,0	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	190,0
	187,5	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	187,5
	185,0	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	185,0	
	182,5	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	182,5	
	180,0	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	180,0		
	177,5	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	177,5		
	175,0	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	175,0		
	172,5	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	172,5			
	170,0	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	170,0			
	167,5	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	167,5				
	165,0	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	165,0				
	162,5	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	162,5					
	160,0	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	160,0					
	157,5	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	157,5						
	155,0	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	155,0						
152,5	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	152,5								
150,0	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	150,0									
		45	47	50	52	54	57	59	61	63	66	68	70	72	75	77	79	82	84	86	88	91	93	95	98	100	102	104	107	109	111	114									
		Gewicht (in kg)																																							

Untergewicht
 Normalgewicht
 Übergewicht
 Fettsucht

Gesundheitsrisiken bei Fettsucht

Jeder vierte Erwachsene in Deutschland leidet an Fettsucht.

- Übergewicht (BMI > 25) und Fettsucht (BMI > 30) sind die Hauptursachen für Krankheiten und Sterblichkeitsrisiko Nr.1 in Deutschland. Außerdem sind Übergewicht und Fettsucht ein erhebliches ökonomisches Problem.⁽¹⁾
- 36% aller erwachsenen Frauen sind übergewichtig; 16% sind fettsüchtig
- 52% aller erwachsenen Männer sind übergewichtig; 16% sind fettsüchtig
- 68% aller deutschen Männer im mittleren Alter und 53% der Frauen in der gleichen Altersgruppe sind übergewichtig oder fettsüchtig. In dieser Altersgruppe steigt das Risiko einer Diabetes 2 Erkrankung oder von Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems.
- Man schätzt die gewichtsbedingten Krankheitstage in Deutschland auf jährlich 30 Millionen Tage. Die Lebenserwartung wird um geschätzte 9 Jahre verkürzt. Es gilt als Todesursache in 60.000 Fällen pro Jahr.

Abdominale Fettsucht und metabolische Abnormität

Der Bauchumfang gilt als geeigneter Indikator für ein Diabetesrisiko ebenso wie für Herz-Kreislaufisrisiken. Abdominale Fettsucht ist verbunden mit verringerter Insulin-Empfindlichkeit und atherogenen Veränderungen der Lipidwerte.⁽³⁾

Erhöhtes Risiko von Co-Morbidität ist erwiesen bei Bauchumfängen von

- 102 cm bei Männern
- 88 cm bei Frauen

Chronische Befunde, die außerdem mit Fettsucht in Verbindung gebracht werden, sind:

- Bluthochdruck ⁽⁴⁾
- Typ-2 Diabetes ⁽⁴⁾
- Herzerkrankungen ⁽⁴⁾
- Andere Gefäßerkrankungen ⁽⁴⁾
- Erkrankungen der Gallenblase ⁽⁴⁾
- Darmkrebs ⁽⁴⁾

Management Optionen

	Management-Stufen	Management-Maßnahmen	Indikation
1.	Kalorisch reduzierte Ernährung in Kombination mit erhöhter körperlicher Aktivität	Beratung über gesunde Ernährung und Veränderungen im Lebensstil	Alle
2.	Mahlzeitenersatz mit Formula Diät	Strukturierter Plan zum Ersatz von Mahlzeiten mit diätetischer Anleitung und sportlicher Aktivität	Therapie für Menschen die Probleme mit der Selbstüberwachung und / oder der Portionskontrolle haben.
3.	Pharmakologische Therapie	Verringerung der Kalorienzufuhr durch Blockierung der Fettaufnahme oder Unterdrückung des Appetits	Angezeigt bei erfolglosen Standardtherapien oder als Folgetherapie nach erfolgreicher Diät.
4.	Bariatrischer Eingriff	Chirurgische Verkleinerung der Magenkapazität zur Reduktion der Absorption.	Bei lebensbedrohlichen Risiken oder schwersten Fällen von Fettsucht.

Die Vorteile von Gewichtsreduktion

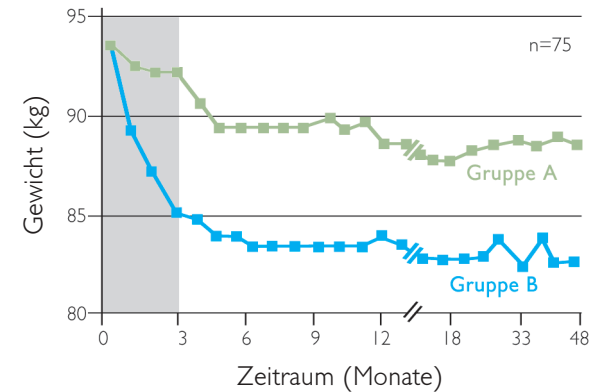
Eine moderate Gewichtsreduktion verbessert metabolische Abnormitäten, die mit Fettsucht einher gehen, wie:

- verbesserte Lipidwerte
- Verbesserte glykämische Kontrolle
- Reduzierte Insulin Resistenz
- Weniger Entzündungsmarker

Eine Gewichtsreduktion von 5-10% verbessert sofort sämtliche metabolischen Werte – sogar bei Risiko-Patienten ⁽⁴⁾

Wirksamkeit – Gewichtsreduktion und Stabilisierung

Gewichtsreduktion in 12 Wochen und Entwicklung während 4-jähriger Beobachtung



100 fettsüchtige Männer und Frauen wurden in 2 Gruppen randomisiert.

- **Gruppe A** erhielt eine konventionelle Diätanweisung und Bewegungsanleitung während drei Monaten.
- **Gruppe B** erhielt eine Diätanweisung im Rahmen einer strukturierten Therapie mit Ersatzmahlzeiten über 3 Monate (2 Slim•Fast als Ersatzmahlzeiten pro Tag).

Beiden Gruppen wurde anschließend eine Ersatzmahlzeit zur Gewichtsstabilisierung verschrieben (1 Slim•Fast Mahlzeit pro Tag). Die Studie umfasste 75 Probanden über einen Zeitraum von 4 Jahren.⁽⁶⁾

„Es ist erwiesen, dass Mahlzeitenersatz im Rahmen einer Formula Diät eine der kostengünstigsten Methoden ist, Übergewichtige und Fettsuchtpatienten in die Lage zu versetzen, ihr Gewicht signifikant zu reduzieren und das reduzierte Gewicht langfristig zu stabilisieren.“⁽⁹⁾

Mehr langfristiger Gewichtsverlust

Durchschnittlicher Gewichtsverlust nach 4 Jahren	
Gruppe A (konventionelle Kalorienkontrolle)	Gruppe B (Mahlzeitenersatzgruppe)
3,3 kg (± 0,8%)	8,4 kg (± 0,8%)

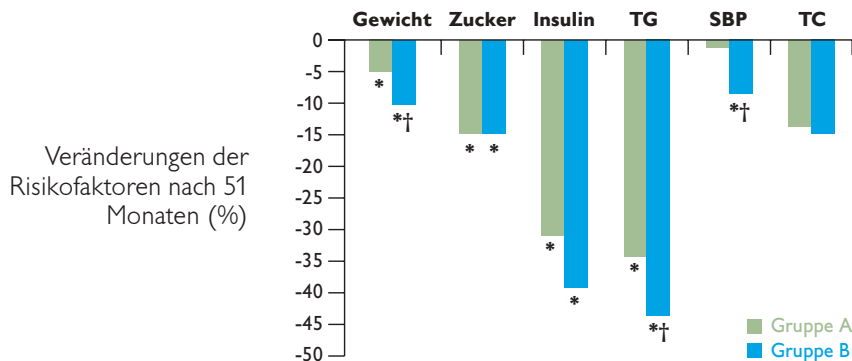
- Die Differenz war signifikant ($p = 0001$) und erhielt sich über 4 Jahre.⁽⁶⁾
- Beide Gruppen hielten das Gewicht oder verloren weiter an Gewicht durch die Einnahme eines Mahlzeitenersatzes über die Dauer von 4 Jahren.⁽⁶⁾

- Bei der herkömmlichen Gewichtsreduktion mit diätetischen Einschränkungen (Gruppe A) mit anschließendem Konsum der Ersatzmahlzeit (1 x tägl.) wurde eine Verbesserung der Blutcholesterin- und Insulinwerte bei alle Probanden festgestellt.⁽⁶⁾
- Bei der Gewichtsabnahme mit Ersatzmahlzeiten (Gruppe B) wurde nicht nur eine signifikante Verbesserung bei den Cholesterin- und Insulinwerte festgestellt, sondern auch bei den Triglycerinwerten und der langfristigen Gewichtsabnahme ($p < 0,01$).⁽⁶⁾
- Die Veränderungen bei Gewicht, systolischem Blutdruck und Triglycerinwerten war bei den Patienten der Gruppe B signifikant besser ($p < 0,05$).⁽⁶⁾

Wirksamkeit und Sicherheit

Die Studie hat bestätigt, dass eine Gewichtsreduzierung mit der Hilfe von Ersatzmahlzeiten, die in ihrem Vitamin- und Mineralienangebot besonders erhöht und strukturiert sind, eine sichere und langfristige Gewichtsabnahme bei Übergewichtigen und Fettsüchtigen bewirken.⁽⁶⁾

Verbesserte metabolische Werte nach 4 Jahren⁽⁶⁾



Gruppe A = herkömmliche Diät; **Gruppe B** = Ersatzmahlzeiten.
SBP = Systolischer Blutdruck; **TC** = Gesamt Cholesterin;
 * $P < 0,05$ vom Ausgangswert; † $P < 0,05$ Gruppe A vs Gruppe B.
 Flechtner-Mors M et al. Obesity Res. 2000;8:399-402.

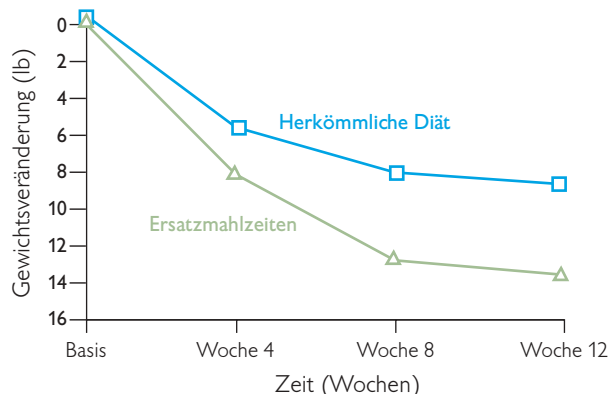
„Nach 4 Jahren eines andauernd stabilen Gewichts zeigen die Patienten verbesserte Werte bei den Risikofaktoren“.⁽⁶⁾

Verbesserte Cholesterin Profile

Bei 27 Hochrisikopatienten (definiert mit einem Cholesterinwert > 6.2 mmol/L) mit einem dauerhaften Verlust des Anfangsgewichts von 6,7% über 4 Jahre, wurden folgende Werte festgestellt⁽¹⁰⁾:

- 14,7% Reduktion des TC Wertes
- 6,6% Reduktion des LDL-C

Wirksamkeit bei Typ-2 Diabetis



*P ≤ 0,009.
Yip I et al. Obes Res. 2001;9(suppl.4): 347 S.

Signifikant besserer Gewichtsverlust und bessere Blutzuckerkontrolle

Zur Bewertung der Sicherheit und Wirksamkeit von Ersatzmahlzeiten bei fettleibigen Patienten mit Typ-2 Diabetis wurden 75 Patienten ausgewählt, die gleichzeitig Medikamente gegen Hypoglykämie einnahmen. Diese Personen wurden randomisiert einer Testgruppe mit herkömmlicher Diät und einer Gruppe mit einer Ersatzmahlzeiten-Diät zugeteilt. 57 Patienten beendeten die 12-Wochen Studie.

Der Gewichtsverlust war signifikant größer in der Gruppe mit den Ersatzmahlzeiten: 6,1 kg (± 4,4) als in der Kontrollgruppe: 4,2 kg (± 4,7).⁽⁷⁾

„Ersatzmahlzeiten können über die Dauer von 12 Wochen bei Patienten mit Typ-2 Diabetis helfen, abnorme Werte zu korrigieren, die mit starkem Übergewicht einhergehen.“⁽⁷⁾

Verbesserte Lipidprofile

Die Werte für Diabetis (Insulin und HbA1c) wurden in beiden Gruppen signifikant verringert. Dennoch war der Glukose Wert in der Ersatzmahlzeitengruppe signifikant niedriger als in der Kontrollgruppe (p = 0,012).⁽⁷⁾

Zusätzlich wurden bei den Ersatzmahlzeiten signifikante Verbesserungen bei den Gesamt-Cholesterinwerten (TC) und den LDL-C Werten festgestellt (p < 0,05).⁽⁷⁾

Gesamt Cholesterin ⁽⁷⁾	- 7,6%
Triglyzeride ⁽⁷⁾	- 3,9%
HDLC ⁽⁷⁾	+ 6,7%
LDLC ⁽⁷⁾	- 12,2%

Kontinuität in der Therapie

Bei stressanfälligen Berufen

Eine Studie mit Ersatzmahlzeiten bei 492 Freiwilligen in den Berufsgruppen Polizei, Feuerwehr und Gesundheitsdienst sowie Piloten und Flugbegleiter mit Ersatzmahlzeiten hat signifikante Resultate bei der Gewichtsreduktion gezeigt.⁽¹¹⁾

Beruf	Durchschnittl. Gewichtsverlust	Durchschnittl. BMI-Verlust
Polizei	Männl.: 8,62 ± 5,30 (18,9 ± 11,6)	2,61
	Weibl.: 6,81 ± 4,40 (14,9 ± 8,8)	3,02
Gesundheitswesen	Männl.: 6,37 ± 2,90 (14,0 ± 6,3)	NA
	Weibl.: 4,35 ± 3,40 (9,6 ± 7,4)	NA
Fliegendes Personal	Männl.: 10,48 ± 2,30 (23 ± 4,4)	2,99
	Weibl.: 7,07 ± 3,90 (15,4 ± 8,5)	2,60
Feuerwehr	Männl.: 11,15 ± 4,60 (24,5 ± 10,1)	3,60

NA=keine BMI Daten verfügbar

Dauerhafte Gewichtsreduktion

Einzelne Personen haben Schwierigkeiten bei der dauerhaften Veränderung ihres Essverhaltens.⁽¹²⁾

Bei 75 übergewichtigen, aber gesunden Frauen, wurde eine herkömmliche Diät (Einschränkung der Kalorienzufuhr) mit einer Diät mit Ersatzmahlzeiten verglichen. Die Auswahl der Probanden erfolgte nach dem Zufallsprinzip. Nach 12 Wochen war der durchschnittliche Gewichtsverlust bei der Gruppe mit Ersatzmahlzeiten signifikant größer als bei der Kontrollgruppe. Außerdem war die Gruppe mit Ersatzmahlzeiten erfolgreicher bei der dauerhaften Stabilisierung des Gewichtsverlustes.

Nach 12 Monaten hat die Gruppe mit den Ersatzmahlzeiten den Gewichtsverlust gehalten, während die Kontrollgruppe 68% des Gewichtsverlustes wieder zugenommen hat.⁽¹²⁾

Erhöhter Obst- und Gemüsekonsum

	PORTIONEN OBST UND GEMÜSE	
	Basiswert	nach 2 Jahren
Kontrollgruppe	2,9	3,9
Ersatzmahlzeitengruppe	2,7	5,1

113 Frauen wurden in einer Diätstudie mit Ersatzmahlzeiten oder einer herkömmlichen Diät erfasst. Die Gruppe mit den Ersatzmahlzeiten erhielt die Anweisung, täglich 3 Obst- oder Gemüseportionen zu sich zu nehmen. Diese Gruppe hatte einen signifikant besseren Konsum von Obst und Gemüse über 12 und 24 Monate als die Kontrollgruppe.⁽¹³⁾

Unabhängige Klinische Empfehlungen

„Für Menschen, die sich schwer tun mit der Selbstkontrolle und / oder der Portionskontrolle.“⁽⁴⁾

Klinische Testgruppen, die sich mit der Therapie von Fettsucht befassen, haben in ihren unabhängigen Untersuchungen mit Ersatzmahlzeiten den Einsatz bei bestimmten Patientengruppen befürwortet:

British Dietetic Association (BDA)

„Ersatzmahlzeiten

- Diese können eine wirksame Alternative zu herkömmlicher Gewichtskontrolle bei manchen Patienten sein. Sie wurden entwickelt, um zwei Mahlzeiten täglich zu ersetzen. Sie enthalten die wichtigen Nährstoffe und sind limitiert im Kaloriengehalt.

Ersatzmahlzeiten sind geeignet für:

- Menschen, die eine einfache Methode zum Abnehmen suchen – ohne Aufwand für die Planung und die Zubereitung spezieller Mahlzeiten.
- Personen, die sich sicher sein wollen über die genaue Kalorienzahl und die Portionsgrößen Ihrer individuellen Mahlzeiten.
- Personen, die sich selbst motivieren können.“⁽¹⁵⁾

American Diet Association (ADA)

„Für Personen, die Schwierigkeiten mit der Kalorien- und Portionskontrolle haben, sind Ersatzmahlzeiten nützlicher Teil eines umfassenden Programms zur Gewichtskontrolle. Der Austausch von einer oder zwei Mahlzeiten pro Tag durch Ersatzmahlzeiten ist eine erfolgreiche Strategie zur Gewichtsreduzierung und -Stabilisierung.“

Beweiskraft: hoch⁽¹⁴⁾

Dieticians in Obesity Management (DOM)

„Wir glauben, dass es genügend Beweise gibt, um die Einbeziehung von Ersatzmahlzeiten als eine mögliche Maßnahme zu empfehlen, die geeignet ist, Fettsucht und Übergewicht zu therapieren.“⁽¹⁶⁾

„Keine bisher veröffentlichte Untersuchung zeigt unerwünschte Wirkungen beim Einsatz dieser Behandlung. Die allgemeine Meinung, dass Ersatzmahlzeiten nur für einen kurzfristigen Einsatz hilfreich sind, wird durch die vorliegenden Forschungsergebnisse nicht gestützt.“⁽¹⁶⁾

„In den vergangenen Jahren wurde eine Reihe randomisierter Studien veröffentlicht, die die langfristige Wirksamkeit von Ersatzmahlzeiten zeigen.“⁽¹⁶⁾

National Obesity Forum (NOF)

„Ersatzmahlzeiten sind eine passende Option für einige Patienten. Hierbei handelt es sich um strukturierte Diätpläne, die normalerweise mit der Einnahme von zwei Ersatzmahlzeiten pro Tag einher gehen. Dazu gehört eine selbst zubereitete Abendmahlzeit sowie Obst und Gemüse. Insgesamt eine Kalorienzufuhr von 1.200 bis 1.400 kcal pro Tag. Die Ersatzmahlzeiten werden in der Apotheke oder in Drogeriemärkten verkauft.“⁽¹⁷⁾

„Die Substitution von einer oder zwei Mahlzeiten pro Tag mit einer Ersatzmahlzeit ist eine erfolgreiche Strategie zur Gewichtsreduktion und Gewichtsstabilisierung.“⁽¹⁴⁾

Rechtliche Kategorisierung: Lebensmittel für eine gewichtskontrollierende Ernährung.⁽¹⁸⁾

Hintergrund und rechtlicher Status

„Lebensmittel für eine gewichtskontrollierende Ernährung ist die rechtliche Kategorie für formulierte Lebensmittel entsprechend der Direktive 96/8/EC, einer speziellen Direktive innerhalb der Direktive 89/398/EEC zu Lebensmitteln für spezielle Anwendungen.“⁽¹⁹⁾

Nährstoffzusammenstellung

Die Zusammensetzung von Ersatzmahlzeiten muß pro Mahlzeit die folgenden ernährungsphysiologischen Anforderungen erfüllen:

Energie:	840 - 1.680 kJ (200 - 400 kcal)
Eiweiß:	25 - 50% Energie (FAO/WHO 1985)
Fett:	≤ 30% Energie
Fettsäuren (gesättigt):	≥ 1 g
Vitamine und Mineralien ≥ :	
Vitamin A	210 µg RE
Vitamin D	1,5 µg
Vitamin E	3,0 mg TE
Vitamin C	13,5 mg
Thiamin	0,33 mg
Riboflavin	0,48 mg
Niacin	5,4 mg NE
Vitamin B6	0,45 mg
Folsäure	60 µg
Vitamin B12	0,42 µg
Biotin	4,5 µg
Pantothensäure	0,9 mg
Calcium	210 mg
Phosphor	165 mg
Kalium	500 mg
Eisen	4,8 mg
Zink	2,85 mg
Kupfer	0,33 mg
Jod	39 µg
Selen	16,5 µg
Natrium	172,5 mg
Magnesium	45 mg
Mangan	0,3 mg

Gegenanzeigen:

Slim•Fast ist geeignet für alle Patienten, die Gewicht verlieren sollen. In einigen Fällen ist eine genaue medizinische Kontrolle und ggf. Korrektur der Therapie angezeigt. Empfehlungen für eine geänderte Anwendung bei besonderen Fällen, wie z.B. Diabetes sind erhältlich unter allpharm-info@t-online.de oder telefonisch unter: 0 61 59 - 71 70 80. (???)

Warum Ersatzmahlzeiten?

„Aufgrund der beschränkten therapeutischen Möglichkeiten bei der Gewichtsreduktion sollten Therapeuten ein Programm empfehlen, das sich als wirksam erwiesen hat.“⁽²⁰⁾

Kosten Effizienz

Beim Vergleich von Ersatzmahlzeiten mit anderen Therapien und mit pharmazeutischen Medikamenten wurde festgestellt, dass Ersatzmahlzeiten effektivere Resultate bezogen auf den Gewichtsverlust hatten, aber von den Kosten nur einen Bruchteil anderer Maßnahmen beanspruchen.⁽²¹⁾

Auswahl geeigneter Probanden

In einer neueren Studie wurden 4 Diätprogramme einem Vergleich unterzogen („BBC Diet Trials“), darunter auch Slim•Fast. Alle Programme resultierten in klinisch messbaren Gewichtsverlusten, reduziertem Blutdruck sowie weniger Bauchumfang.⁽²⁰⁾

Die Autoren definierten die folgenden Kriterien für die Auswahl von Kandidaten für eine Reduktionstherapie mit Ersatzmahlzeiten:

- Übergewichtig oder fettsüchtig, jedoch ohne akuten Behandlungsbedarf
- Schwierigkeiten mit der praktischen Umsetzung dietetischer Anweisungen
- Tendenz zu falscher Einschätzung kalorischer Inhalte und Portionsgrößen
- Neigung zur Völlerei nach ausgelassenen Mahlzeiten
- Unzureichende Ernährungsvielfalt
- Bevorzugung von Fertigmahlzeiten zur Ernährung

Empfehlung des Slim•Fast-Plans

„Die Empfehlung betrifft Personen die Schwierigkeiten mit der Selbstkontrolle und der Portionskontrolle haben.“⁽¹⁴⁾

Für den Gewichtsverlust:

- Sollten zwei Mahlzeiten durch Slim•Fast ersetzt werden; normalerweise das Frühstück und das Mittagessen.
- Sollte eine ausgewogene 600-kcal Hauptmahlzeit gegessen werden.
- Zwischendurch 2 - 3 gesunde Snacks essen (bis 100 kcal).
- 1,5 bis 2 Liter Wasser oder kalorienfreie Flüssigkeit trinken.
- 30 Minuten täglich sportliche Betätigung (z.B. Walking).

Für die Gewichts-Stabilisierung sollte der Patient:

- Täglich eine Mahlzeit durch Slim•Fast ersetzen.
- Weiterhin diszipliniert essen und viel trinken.
- Täglich eine geeignete sportliche Betätigung ausüben.
- Regelmäßig das Gewicht kontrollieren.

„Ein klinisch sinnvoller Gewichts- und Körperfettverlust kann bei Erwachsenen erreicht werden, die motiviert sind, eine kommerzielle Diät über einen sinnvollen Zeitraum zu befolgen.“⁽²⁰⁾

Unterstützung ist wichtig

Beratende im Gesundheitswesen haben eine Schlüsselrolle bei der Beratung und Durchführung eines Gewichtsreduktionsprogrammes.

Die folgenden Vorschläge können hilfreich sein:

- Realistische Ziele setzen:
Empfehlen Sie ein Ziel von maximal 1 kg pro Woche (in der ersten Woche sind 2 kg aufgrund des Wasserverlustes zu erwarten).

- Flexibel sein:
Patienten könne die Slim•Fast Webseite (www.slimfast.de) nutzen oder die Telefonhotline anrufen (0 61 59 - 71 70 80), um eine persönliche Diät-empfehlung zwischen 1.200 und 1.900 kcal täglich abzurufen.

Wir empfehlen anfänglich eine 14-tägige Kontrolle zur Motivationsunterstützung, die später auf einen 4-Wochen-Rhythmus ausgedehnt werden kann.

- Re-Motivation und Erfolgssicherung:
Nach 12 Wochen sollte eine 2-wöchige Stabilisierungspause eingelegt werden – damit der Patient lernt, sein Gewicht zu halten; dann kann möglicherweise die Diät wieder aufgenommen werden – mit einem angepassten kalorischen Level (pro kg verlorenes Körpergewicht rechnet man mit 25 kcal weniger pro Tag).

Ist das Zielgewicht erreicht, ist eine Kontrolle im 3-Monatsrhythmus empfohlen, um zur Gewichtsstabilisierung zu motivieren.

Der Slim•Fast Plan bei medikamentöser Behandlung

Antidiabetes

Ersatzmahlzeiten wurden nicht erforscht bei Patienten mit Typ 1 Diabetes; sie können aber bei Typ 2 Diabetes angewendet werden, wenn keine Insulingaben verschrieben sind.

Da sich das metabolische Profil der Patienten während und nach einem Gewichtsverlust verbessert, ist möglicherweise eine Anpassung der eingesetzten Medikamente erforderlich. Diese Anpassung der medikamentösen Behandlung ist die gleiche für Ersatzmahlzeiten, wie für andere Reduktionsprogramme.

Viele Patienten zeigen eine verbesserte metabolische Kontrolle während und nach einem Gewichtsverlust. Die Sensibilität gegen Insulin oder oral hypoglykämischen Wirkstoffen kann schnell steigen (48 - 72 Stunden) nach dem Diätbeginn; es wird daher eine frühzeitige Überprüfung empfohlen.

Ballaststoffe

Ballaststoffe werden nicht zum Einsatz empfohlen, da Slim•Fast ausreichend dietetische Faserstoffe enthält.

Antihypertensiva

Da gewichtsreduzierende Maßnahmen einen schnellen Effekt auf den Blutdruck zeigen, sollte die Dosierung von Anti-Bluthochdruckmitteln erwogen werden.

Lipase Inhibitoren

Ersatzmahlzeiten sind nicht kontraindiziert während der Verabreichung von Lipidsenkern; eine Gewichtsstabilisierung mit einer Ersatzmahlzeit pro Tag kann nützlich sein, wenn das Medikament abgesetzt wurde.

„Jetzt, nach 10 Jahren, ist Slim•Fast eine akzeptierte therapeutische Option für Patienten, die abnehmen möchten. Warum? Weil der Hersteller soviel Vertrauen in sein Produkt hat, dass er unabhängige Studien finanziert hat, die beweisen, dass Slim•Fast ein wirksamer Weg ist, den Menschen beim Abnehmen zu helfen.“⁽²²⁾

Eine gesunde Auswahl für wissenschaftlich bewiesenen Gewichtsverlust



- Die Wirksamkeit von Ersatzmahlzeiten ist klinisch erprobt in bis zu 10-jährigen Studien. ^(6-9, 11-13, 20-22)
- Sicherheit und Wirksamkeit bewiesen in bis zu 10-jährigen Studien. ^(6-9, 11-13, 20-22)
- Empfohlen für Patienten mit problematischer Selbstkontrolle und/oder Portionskontrolle. ⁽¹⁴⁾
- Wirksam wie verbreitete pharmakologische Präparate, aber wesentlich kosteneffektiver. ⁽²¹⁾
- Ersatzmahlzeiten sind geeignet für Patienten mit Typ-2 Diabetis, die nicht auf Insulin angewiesen sind. ⁽⁷⁾
- Ersatzmahlzeiten wurden unabhängig erforscht und empfohlen von der American Dietetic Association (ADA), der British Dietetic Association (BDA), Dietitians in Obesity Management (DOM), National Obesity Forum (NOF) und führenden medizinischen Institutionen. ⁽¹⁴⁻¹⁷⁾
- Slim•Fast erfüllt die strikten Anforderungen der EU Direktive 96/8/EC zu Nahrungsmitteln für eine gewichtskontrollierende Ernährung. ⁽¹⁹⁾

Die Slim•Fast Milchshakes erhalten Sie in folgenden Geschmacksrichtungen:

Als Pulver zum Anrühren mit entrahmter Milch (0,3% Fett)		
Schokolade	450 g (12 Portionen à 37,5 g)	PZN-Nr.: 2418 287
Vanille	438 g (12 Portionen à 36,5 g)	PZN-Nr.: 2418 318
Café au Lait	438 g (12 Portionen à 36,5 g)	PZN-Nr.: 2418 293
Erdbeere	438 g (12 Portionen à 36,5 g)	PZN-Nr.: 2418 324
Als gebrauchsfertige Trinkmahlzeit		
Schokolade	325 ml (Einzelportion)	PZN-Nr.: 4494 068
Vanille	325 ml (Einzelportion)	PZN-Nr.: 4494 105
Cappuccino	325 ml (Einzelportion)	PZN-Nr.: 1908 196
Erdbeere	325 ml (Einzelportion)	PZN-Nr.: 4494 192

Verantwortlich:

Unilever UK
SlimFast
Freepost ADM3940
London
SW1A 1YR
United Kingdom

Careline Medical: 01379 788774
Website Medical: www.slimfast-medical.co.uk

Kontakt in Deutschland:

Alleiniger Vertriebspartner in Deutschland:
Allpharm Vertriebs-GmbH, D-64409 Messel

Telefon: 0 61 59 – 71 70 80

Internet: www.slimfast.de – für Rezepte, Tipps und mehr

Kontakt per Post: Slim•Fast Service, Postfach 1113, D-64409 Messel

Slim•Fast

Referenzen:

01. Health Survey for England 2004 (December 2005); ONS; Demographic Statistics (Eurostat); Government Actuary's Department.
02. [Adapted from:] NAO Report Tackling Obesity in England (2001); World health organisation (1998) Obesity. Preventing and Managing the Global Epidemic.
03. Desorès J-P et al. *BMJ* 2001; 322: 716-720.
04. Field AE et al. *Arch intern Med* 2001; 161: 1581-1586.
05. National Obesity Forum. Guidelines on Management of Adult Obesity and Overweight in Primary Care. Available at: www.nationalobesityforum.org.uk
06. Flechtner-Mors M et al. *Obes Res* 2000; 8: 399-402.
07. Yip I et al. *Obes Res* 2001; 9: 3415-3475.
08. Blackburn GL. *Obes Res* 2003; 11(Suppl.): A103.
09. Anderson, JW. *Medscape Diabetes & Endocrinology* 6 (2), 2004, Posted 08/31/2004.
10. Ditschuneit, H.H. et al., Frier, H.I., Flechtner-Mors, M. *Eur J Clin Nutr* 002; 56: 264-270
11. Winick C, Rothacker DQ, Norman RL. *Occup Med* 2002; 52: 25-30.
12. Rothacker DQ, Staniszewski BA, Ellis PK. *J Am Diet Assoc* 2001; 101: 345-347.
13. Ashley JM et al. *Obes Res* 2001; 9: 312S-320S.
14. American Dietetic Association (ADA) visit: www.adaevidencelibrary.com/template.cfm?template=guide_summary&key=625.
15. British Dietetic Association (BDA) visit: www.bdaweightwise.com/support/support_approach4.aspx
16. Dieticians Obesity Management (DOM) visit: www.domuk.org=>topical_updates=>meal_replacements=>Position_and_Q&A.
17. The National Obesity Forum (NOF) visit: http://www.nationalobesityforum.org.uk/Files/Content/L/6468/NOF_Adult_Guidelines_Feb_06.pdf.
18. Council Directive of 3 May 1989 on the approximation of the laws of Member States relating to foodstuffs intended for particular nutritional uses (89/398/EEC) O.J.30.6.89; L186:27-31.
19. The Foods Intended for Use in Energy Restricted Diets for Weight Reduction Regulations 1997 (SI 1997 No 2182) www.opsi.gov.uk/si/si1997/19972182.htm
20. Truby et al. *BMJ*, 2006; 332: 1309-1314.
21. O'Reilly J, Carr L, West P. *Int J Obes* 2004; 28: (Suppl.1):S143.
22. Hamilton, J., Greenway, F. *IASO Obesity Reviews*, 2004; 5: 217-232.

August 2006

SLIM•FAST Forschungs-Veröffentlichungen Mahlzeiten für Gewichtskontrollierende Ernährung

1. **Intensive Weight Loss Program Improves Physical Function in Older Obese Adults with Knee Osteoarthritis.**
Miller, G.D., Nicklas, B.J., Davis, C., Loeser, R.F., Lenchik, L., Messier, S.P. *Obesity* 2006;14:1219-1230.
2. **Randomised Controlled Trial of Four Commercial Weight Loss Programmes in the UK: Initial Findings from the BBC "Diet Trials".**
Truby, H., deLooy, A., Fox, K.R., Livingstone, B.E. Logan, C.M., Macdonald, I.A., Morgan, L.M., Taylor, M.A., Millward, D.J., *BMJ* 2006; 332: 1309-1314.
3. **Short-term Meal Replacements Followed by Dietary Macronutrient Restriction Enhance Weight Loss in Polycystic Ovary Syndrome.**
Moran, L.J., Noakes, M., Clifton, P.M., Wittert, G.A., Williams, G., Norman, R. *Am J Clin Nutr* 2006; 84: 77-87.
4. **Weight Loss with Meal Replacement and Meal Replacement Plus Snacks: A Randomized Trial.**
Poston, W.S.C., Haddock, C.K., Pinkston, M.M., et al. *Int J Obes* 2005; 29: 1107-1114.
5. **Two-Year Outcome of a Combination of Weight Loss Therapies for Type 2 Diabetes.**
Redmon, J.B., Kristell, P., Raatz, S., et al. *Diabetes Care* 2005; 28 (6): 1311-1315.
6. **Long-term Efficacy of Soy-Based Meal Replacements vs. an Individualized Diet Plan in Obese Type 2 DM Patients: Relative Effects on Weight Loss, Metabolic Parameters, and C-Reactive Protein.**
Li, Z., Heber, D., et al. *Eur J Clin Nutr* 2005; 59: 411-418.
7. **Feasibility of a Partial Meal Replacement Plan for Weight Loss in Low-Income Patients.**
Li, Z., Huerta, S., Heber, D. *Int J Obes* 2004; 28: 1575-1579.
8. **Meal Replacements are as Effective as Structured Weight-Loss Diets for Treating Obesity in Adults with Features of Metabolic Syndrome.**
Noakes, M., Foster, P.R., Keogh, J.B., et al. *J Nutr* 2004;134: 1894-1899.
9. **Bone and Gastric Bypass Surgery: Effects of Dietary Calcium and Vitamin D.**
Goode, L.R., Brodin, R.E., Chowdhury, H.A., et al. *Obes Res* 2004; 12: 40-47.
10. **Structured Weight-Loss Programs: Meta-analysis of Weight Loss at 24 Weeks and Assessment of Effects of Intervention Intensity.**
Anderson, J.W., Luan, J., Hoie, L.H. *Advances in Therapy* 2004; 21(2): 61-75.

11. **Effects of Weight Reduction Interventions by Community Pharmacists.**
Ahrens, R.A., Hower, M., Best, A.M. *J Amer Pharm Assoc* 2003; 43: 583-589.
12. **Metabolic and Cardiovascular Effects of Very-Low- Calorie Diet Therapy in Obese Patients with Type 2 Diabetes in Secondary Failure: Outcomes After 1 Year.**
Dhindsa, P., Scott, A.R., Donnelly, R. *Diabetic Med* 2003; 20: 319-324.
13. **One Year Outcome of a Combination of Weight Loss Therapies for Subjects with Type 2 Diabetes Mellitus: A Randomized Trial.**
Redmon, J.B., Raatz, S.K., et al. *Diabetes Care* 2003; 26: 2505-2511.
14. **Weight Management Using a Meal Replacement Strategy: Meta and Pooling Analysis from Six Studies.**
Heymsfield, S.B., van Mierlo, C.A., et al. *Int J Obes* 2003; 27: 537-549.
15. **Feeding Behaviors and Weight Loss Outcomes Over 64 Months.**
Mattes, R.D. *Eating Behavior* 2002; 3: 191-204.
16. **Bupropion SR Enhances Weight Loss: A 48-Week Double- Blind, Placebo-Controlled Trial.** Anderson, J.W., Greenway, F.L., et al. *Obes Res* 2002; 10: 633-641.
17. **Elevated Intakes of Calcium and Vitamin D Without Added Calories and Fat in Overweight Adults: A Crossover Study in Wisconsin.**
Rothacker, D., Ellis, P. *Current Therapeutic Research* 2002; 63(8): 507-512.
18. **Lipoprotein Responses to Weight Loss and Weight Maintenance in High-Risk Obese Subjects.**
Ditschuneit, H., Frier, H., Flechtner-Mors, M. *Eur J Clin Nutr* 2002; 56: 264-270.
19. **Four Worksite Weight Loss Programs with High-Stress Occupations using a Meal Replacement Product.**
Winick, C., Rothacker, D.Q., Norman, R.L. *Occup Med* 2002; 52: 25-30.
20. **Reduced Length of Stay by Implementation of a Clinical Pathway for Bariatric Surgery in an Academic Health Care Center.**
Huert, S., Heber, D., Sawick, M., Lui, C., Arthur, D., Alexander, P., Yip, I., Li, Z., Livingston, E. *The American Surgeon* 2001; 67: 1128-1135.
21. **Beverage Viscosity is Inversely Related to Postprandial Hunger in Humans.**
Mattes, R.D., Rothacker, D. *Physiology & Behavior* 2001; 74: 551-557.
22. **Nutritional Supplements Used in Weight-Reduction Programs Increase Intestinal Gas in Persons who Malabsorb Lactose.**
Suarez, F., Zumarraga, L., Furne, J., et al. *J Am Diet Assoc* 2001; 101: 447-1452.
23. **Dietary Treatment and Long-Term Weight Loss and Maintenance in Type 2 Diabetes.**
Hensrud, D.D. *Obes Res* 2001; 9: 348S-352S.
24. **Value of Structured Meals for Weight Management: Risk Factors and Long-Term Weight Maintenance.**
Ditschuneit, H. *Obes Res* 2001; 9: 284S-289S.
25. **Meal Replacements in Weight Intervention.**
Ashley, J., St. Jeor, S., Perumean-Chaney, S., Scrage, J., Bovee, V. *Obes Res* 2001; 9: 312S-320S.
26. **Implementation of a Primary Care Physician Network Obesity Management Program.**
Bowerman, S., Bellman, M., Saltsman, P., Garvey, D., Pimstoe, K., Skootsky, S., Wang, H., Elashoff, R., Heber, D. *Obes Res* 2001; 9: 321S-325S.
27. **Liquid Meal Replacement and Glycemic Control in Obese Type 2 Diabetes Patients.**
Yip, I., Liang, V., DeShields, S., Saltsman, P., Bell Ballman, M., Thames, G., Murray, S., Wang, H., Elashoff, R., Heber, D. *Obes Res* 2001; 9: 341S-347S.
28. **Weight Control in the Physician's Office.**
Ashley, J., St. Jeor, S., Schrage, J., Perumean-Chaney, S., Gilbertson, M., McCall, N., Bovee, V. *Arch Intern Med* 2001; 161: 1599-1604.
29. **Liquid Meal Replacement vs. Traditional Food: A Potential Model for Women who Cannot Maintain Eating Habit Change.**
Rothacker, D.Q., Staniszewski, B., Ellis, P. *J Am Diet Assoc* 2001; 101: 345-347.
30. **Metabolic and Weight Loss Effects of Long-Term Dietary Intervention in Obese Patients: Four-Year Results.**
Flechtner-Mors, M., Ditschuneit, H., Johnson, T., Suchard, M., Adler, G. *Obes Res* 2000; 8: 399-402.
31. **Five-Year Self-Management of Weight Using Meal Replacements: Comparison with Matched Controls in Rural Wisconsin.**
Rothacker, D.Q. *Nutrition* 2000; 16: 344-348. Editorial Opinions by George Bray, MD and James Hill, Ph.D.
32. **Metabolic and Weight-Loss Effects of a Long-Term Dietary Intervention in Obese Patients.**
Ditschuneit, H., Flechtner-Mors, M., Johnson, T., Adler, G. *Am J Clin Nutr* 1999; 69: 198-204.
33. **Electrocardiographic QTc interval: Short-Term Weight Loss Effects.**
Pietrobelli, A., Rothacker, D., Gallagher, D., Heymsfield, S. *Int J Obes* 1997; 21: 110-114.
34. **Clinical Evaluation of a Minimal Intervention Meal Replacement Regimen for Weight Reduction.**
Heber, D., Ashley, J., Wang, H., Elashoff, R. *J Am Coll Nutr* 1994; 13: 608-614.
35. **Nutritional Supplementation in Two High-risk Cancer Populations.**
Wallner, P.E., Endersbe, L.A., Marlin, R.L. *Current Therapeutic Research* 1990; 47: 924-932.

© 2006 Slim-Fast Foods/Unilever
SLIM-FAST RESEARCH PUBLICATIONS: Meal Replacements for Weight Management

www.slimfast.de