

Jenseits der Waage

Inkretinbasierte Ernährungstherapie bei Adipositas neu denken

Ist die konventionelle Ernährungstherapie überholt oder trägt sie womöglich auch zu einer Stigmatisierung bei, da sie veraltete, gewichtszentrierte Paradigmen verfestigt? Der Wandel in der medikamentösen Adipositasbehandlung erfordert einen Wechsel hin zu einer individualisierten, ganzheitlichen Therapie, die auch das Bild, sich unverdient durch eine Spritze Vorteile zu verschaffen, hinterfragt und abbaut.

Mit der Einführung inkretinbasierter Therapien, insbesondere GLP-1-Rezeptor-Agonisten und dualer GLP-1/GIP-Agonisten, hat sich der therapeutische Umgang mit Adipositas grundlegend gewandelt. Gleichzeitig rückt Adipositas zunehmend ins Bewusstsein als chronische, behandlungsbedürftige Erkrankung. Eine differenzierte Neubewertung der Rolle und Inhalte der Ernährungstherapie ist notwendig. Nur so kann die Ernährungstherapie, die durch die medikamentöse Behandlung induzierten physiologischen, verhaltensbezogenen und psychosozialen Veränderungen adäquat berücksichtigen. Therapeutische Ressourcen, die bisher vor allem auf eine negative Kalorienbilanz ausgerichtet waren, können neu priorisiert und verstärkt auf andere relevante Aspekte der Lebensstilintervention fokussiert werden.

Studienlage

Daten aus randomisierten kontrollierten Studien und der Praxis belegen, dass inkretinbasierte Therapien im Durchschnitt zu einer Gewichtsreduktion von 15–23% führen und gleichzeitig Taillenumfang, Blutdruck, Nüchterninsulin sowie Lipidprofile verbessern.^{1–3} Hunger- und Sättigungsregulation verbessern sich deutlich, was zu verminderten Essgelüsten, gesteigerter Selbstregulation im Essverhalten und reduzierter Nahrungsaufnahme führt.^{4–7} Weitere positive Effekte beinhalten die Reduktion von emotionalem Essen und „Binge-Eating“ sowie eine verminderte Gewichtszunahme nach Adipositaschirurgie.^{8,9} Betroffene weisen zu-

dem eine verbesserte Schlafqualität auf und berichten häufig über eine verbesserte körperliche Leistungsfähigkeit sowie ein verbessertes psychologisches Wohlbefinden.^{7,10,11} Ob Personen unter inkretinbasierter Therapie eine bessere Ernährungsqualität und besseres Bewegungsverhalten aufweisen, ist bislang nur begrenzt bekannt.^{12–14}

Inkretinbasierte Therapien sind häufig mit Nebenwirkungen verbunden, wobei Übelkeit (28–44%), Diarrhö (21–30%) und Obstipation (11–24%) am häufigsten vorkommen.¹⁵ Diese Nebenwirkungen sind meist temporär, wurden jedoch neben finanziellen Gründen häufig als Grund für das Absetzen der Therapie genannt.¹⁶ Entsprechend weisen Real-Life-Studien 35–50% Therapieadhärenz nach einem Jahr auf.¹⁷ Als größte Barriere für die Verordnung von inkretinbasierter Therapie gilt die Kostenbelastung des Betroffenen von Adipositas. Weniger als 50% der Menschen mit Adipositas bekamen eine medikamentöse Therapie verschrieben.¹⁸ Dies weist auf eine Versorgungslücke hin.

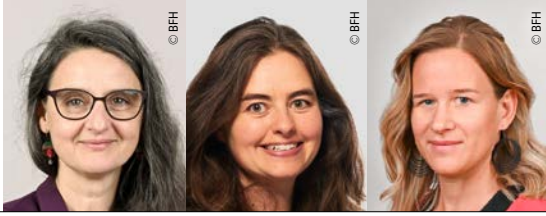
Inwieweit konventionelle ernährungstherapeutische Ansätze mit den inkretininduzierten physiologischen, verhaltensbezogenen und psychosozialen Veränderungen vereinbar sind und ob diese effektiv sind, ist bislang ungeklärt.

Die systematische Übersichtsarbeit von Jansson et al. untersuchte, ob in randomisierten kontrollierten Studien mit Liraglutid, Semaglutid oder Tirzepatid die Nahrungsaufnahme und -qualität erhoben wurde.¹⁴ Die Analyse zeigte, dass Ernährungstherapie in den meisten Stu-

KEYPOINTS

- *Der Fokus der modernen Adipositasstherapie ist auf Ernährungsqualität und Unterstützung bei Nebenwirkungen anstatt auf Kalorienrestriktion zu legen.*
- *Zusätzlich sollten psychosoziale und verhaltensorientierte Veränderungen in den Mittelpunkt rücken.*
- *Eine stigmafreie Therapie muss angeboten werden.*
- *Ganzheitliche und personenzentrierte Gesundheitsziele anstelle ausschließlich gewichtsbezogener Zielsetzungen müssten etabliert werden.*

dien als grundlegender Bestandteil der inkretinbasierten Therapie integriert wurde, um Verhaltensänderungen zu fördern und langfristige Therapieerfolge zu sichern.¹⁹ Die Ernährungstherapie wurde in der Regel von qualifizierten Ernährungsfachkräften durchgeführt, unterschieden sich jedoch in Umfang und inhaltlicher Ausgestaltung.¹⁴ Der Großteil der klinischen Studien verfolgte das Ziel eines täglichen Energiedefizits von etwa 500 kcal zur Gewichtsreduktion, was auch den Vorgaben der Schweizer Krankenversicherer für die Kostenübernahme der inkretinbasierten Therapie entspricht.²⁰ Trotz dieses Fokus auf das Energiedefizit wurde in nur wenigen Studien ein strukturiertes, validiertes Ernährungsassessment durchgeführt. Da zudem nicht überprüft wurde, ob das 500-kcal-Kaloriendefizit tatsächlich erreicht wurde, bleibt unklar, ob die Ernährungstherapie mit diesem Defizit effektiv ist – zumal Inkretinmimetika bereits pharmakologisch zu einer deutlich redu-



N. Scura, Bern
E. Aubry, Bern
L.H. Bogl, Bern

zierten Energieaufnahme führen und eine Kontrollgruppe ohne Ernährungstherapie fehlt, die einen direkten Vergleich ermöglichen würde.^{21,22} Dies wirft Fragen zur Wirksamkeit der kalorienzentrierten Begleitintervention auf.

Individualisierter Therapieansatz – Kaloriendefizit allein zu wenig?

Es ist wahrscheinlich, dass ein Fokus auf das Kaloriendefizit zu kurz greift, da dieser die physiologischen, psychologischen und verhaltensbezogenen Veränderungen ignoriert, die im Verlauf einer inkretinbasierten Therapie auftreten. Klinische Erfahrungen zeigen, dass Personen unter inkretinbasierter Therapie mit Veränderungen ihres Körperbilds und Identitätsunsicherheiten konfrontiert sein können.²³ Wenn die Kostenübernahme der inkretinbasierten Therapie an strenge Gewichtsreduktionskriterien gekoppelt ist, kann dies zusätzlich Ängste vor Gewichtszunahme oder dem Rückfall in restriktives Essverhalten fördern.²⁴ Des Weiteren berichten Personen mit Adipositas von Stigmatisierung im Zusammenhang mit der medikamentösen Therapie.^{25,26} Solche Stigmatisierung äußert sich in der gesellschaftlichen Abwertung von Perso-

nen, die Medikamente zur Gewichtsreduktion nutzen, da ihr Gewichtsverlust als unverdient oder als Folge eines einfachen Weges wahrgenommen wird.²⁷ Werden die psychosozialen Konsequenzen inkretinbasierter Therapien in der Ernährungstherapie nicht angemessen berücksichtigt, kann dies die Therapieadhärenz beeinträchtigen und somit den langfristigen Erfolg der medikamentösen Behandlung sowie der angestoßenen Verhaltensänderung gefährden.²⁵

Ernährungstherapie bei inkretinbasierten Therapien

1. Nährstoffsuffizienz und Symptommanagement statt Energiedefizit

Mehrere Studien berichten, dass die Energieaufnahme bei Personen unter inkretinbasierter Therapie um 16–39% reduziert wird.^{5,13,28–32} Hunger- und Sättigungssignale bleiben weitgehend aus und die Durstwahrnehmung vermindert sich.^{33–35} Aufgrund dieser physiologischen Veränderungen wird es umso wichtiger, eine adäquate Versorgung mit Nährstoffen und Flüssigkeit sicherzustellen. Bei Hypophagie ist der Erhalt der fettfreien Körpermasse entscheidend. Eine unzureichende Proteinzufuhr kann zu einem Muskelmas-

senverlust beitragen.^{36,37} Ebenso ist eine ausreichende Aufnahme von Ballaststoffen und Flüssigkeit essenziell für die gastrointestinale Funktion, vor allem bei Nebenwirkungen wie obstipativen Beschwerden.³⁸ Gastrointestinale Symptome können teilweise durch individuelle Ernährungsempfehlungen, Anpassung von Konsistenzen, Portionsgrößen und die Mahlzeitenfrequenz gelindert werden.³⁹ Klinische Leitlinien empfehlen eine langsame Dosis titration und ggf. vorübergehende Dosisreduktion zur Verbesserung der Verträglichkeit.⁴⁰

Ernährungsfachkräfte unterstützen Personen unter inkretinbasierter Therapie dabei, individuell umsetzbare Lösungen für Nebenwirkungen zu finden und eine bedarfsdeckende Ernährungsqualität sicherzustellen. Langfristig können Ernährungsfachkräfte Personen mit Adipositas dabei unterstützen, ihre interozeptive Wahrnehmung zu trainieren, so dass sie innere Körpersignale wie Hunger, Sättigung oder emotionale Zustände besser erkennen können. So können sie lernen, ihrem Körper mehr zu vertrauen, sich von rigiden, externen oder emotional bedingten Essmustern zu lösen und intuitivere Ernährungsmuster zu entwickeln (Tab. 1).⁴¹

Prinzip der Ernährungstherapie	Begründung
Fokus auf Ernährungsqualität statt Kalorienrestriktion	Unterstützt die Nährstoffversorgung, die Appetitregulation und die Stoffwechselgesundheit. Ein Fokus auf Kalorienrestriktion erscheint unnötig, da sie eine zusätzliche Belastung und ein gestörtes Essverhalten verursachen kann.
Krafttraining in Kombination mit der Ernährungstherapie empfehlen	Erhält die fettfreie Körpermasse und verbessert die Stoffwechselfunktion während der Gewichtsreduktion.
Ausreichende Flüssigkeitszufuhr empfehlen (2–3 Liter/Tag)	Eine ausreichende Hydratation unterstützt physiologische Funktionen.
Höhere Proteinzufuhr (>1,2 g/kg KG/Tag) sowie gleichmäßige Verteilung über den Tag hinweg fördern	Unterstützt den Erhalt der fettfreien Masse und optimiert die Muskelproteinsynthese.
Supplementation mit Mikronährstoffen	Beugt Mikronährstoffmängeln bei reduzierter Nahrungsaufnahme vor.
Ausreichende Ballaststoffzufuhr fördern (>21 g/Tag für Frauen, >30 g/Tag für Männer)	Fördert Sättigung und Stoffwechselgesundheit und kann gastrointestinale Nebenwirkungen lindern.
Strategien zur Bewältigung gastrointestinaler Nebenwirkungen integrieren	Kleinere Mahlzeiten, angepasste Ballaststoffzufuhr und ausreichende Flüssigkeitsaufnahme können Symptome wie Übelkeit, Diarrhö oder Obstipation verringern und die Adhärenz verbessern.
Verhaltens- und psychologische Unterstützung anbieten	Maßnahmen wie motivierende Gesprächsführung oder achtsamkeitsbasierte Interventionen helfen, emotionale und psychologische Anpassungen (z. B. Körperbildveränderungen) zu begleiten und Selbststigma zu reduzieren.

Tab. 1: Prinzipien der Ernährungstherapie bei inkretinbasierten Therapien (nach Almandoz JE et al. 2024, ergänzt mit Erkenntnissen aus der Therapie mit sehr niedrigkalorischen Diäten sowie der Adipositaschirurgie, in denen vergleichbare Herausforderungen bestehen)³⁸

2. Unterstützung über den Teller hinaus: psychosoziale & verhaltensorientierte Veränderungen

Neben der Nährstoffdeckung bedarf es einer gezielten Berücksichtigung der psychologischen Dimensionen der Adipositas-therapie.⁴² Ein teilweise exzessiver rascher Gewichtsverlust kann zu Veränderungen in der Beziehung zu sich selbst, zur Ernährung, zur Bewegung, zur Familie, zu Arbeitskolleg:innen und zur Umwelt führen.⁴³ Neid oder Stigmatisierung von Freund:innen, Veränderungen im Lebensstil im Vergleich zur Familie und übermäßige Aufmerksamkeit oder Befragung bezüglich der körperlichen Veränderung können belastend sein.³⁹ Vor Beginn einer inkretinbasierten Therapie erwarten manche Personen, dass eine Gewichtsreduktion depressive Symptome und das Selbstwertgefühl deutlich verbessern kann. Das Ausbleiben der Verbesserung kann daher überraschend und belastend sein.⁴³ Zudem können bei unzureichendem Therapieansprechen Gefühle des persönlichen Versagens verstärkt auftreten.⁴³ Rigide Gewichtsmeilensteine oder eine befristete Kostenübernahme der Therapie (wie sie derzeit in der Schweiz vorgesehen ist) können Ängste auslösen und bestehende Sorgen über eine Gewichtszunahme verstärken. Daher werden eine umfassende medizinische und psychosoziale Aufklärung vor Beginn der inkretinbasierten Therapie sowie ein kontinuierliches Monitoring von Depression, Stress und Essstörung während der Therapie empfohlen.^{39,43}

Verhaltenstherapeutische Interventionen auf Basis motivationaler Gesprächsführung („motivational interviewing“), personenzentrierte Gesprächsführung nach Carl Rogers, achtsamkeits- und akzeptanzbasierte Ansätze wie „mindful eating“ (achtsames Essen) und ACT („acceptance and commitment therapy“) können internalisierte Gewichtsstigmatisierungen abbauen, einen nachhaltigeren Umgang mit Essen und Körper fördern und die Selbstwirksamkeit stärken.^{44–50} Sie können Personen befähigen, ihre Krankheit und ihre eventuell lebenslange inkretinbasierte Therapie zu verstehen und zu verbessern.¹⁹

Ernährungsfachkräfte können den individuellen Übergang von einem medikamentös induzierten Gewichtsverlust hin zu einer nachhaltigen Lebensstiladaptation unterstützen.^{51,52} Anhand des integrativen Interventionsmodells lässt sich einschätzen, wie

PRAXISTIPP



Eine stigmafreie Kommunikation muss die Grundlage der Betreuung von Menschen mit Adipositas sein. Einige nützliche Tools dazu sind in folgenden URLs angeführt:

- [person-first-Language-guide-addressing-Weight-Bias.pdf](https://person-first-language-guide-addressing-weight-bias.pdf)
- <https://implicit.harvard.edu/implicit/takeatest.html>;
- <https://education.obesitycanada.ca/courses/the-impact-of-weight-bias-and-stigma/>
- <https://education.obesitycanada.ca/calibre/>

tief eine verhaltensorientierte Intervention gehen sollte.⁵³

3. Von Stigma zu Support: personenzentrierte Ernährungsziele etablieren

Gewichtsbezogene Stigmatisierung und internalisierte Gewichtsvorurteile tragen zu erhöhter körperlicher und psychischer Morbidität und Mortalität bei, beeinträchtigen die Lebensqualität und verringern die Wirksamkeit therapeutischer Maßnahmen.^{54,55} Bei Gesundheitsfachkräften ist eine stigmatisierende Haltung gegenüber Personen mit Adipositas weit verbreitet.^{56–58} Viele Fachpersonen, darunter auch Ernährungsberater:innen, beschreiben Menschen mit Adipositas als faul, maßlos, unmotiviert, willens- und disziplinos und weniger kompetent als Personen mit geringerem Körpergewicht.^{59,60}

Diese Vorurteile können die Art und Weise beeinflussen, wie Fachpersonen eine Lebensstiltherapie umsetzen, insbesondere wenn sie auf das vereinfachte Modell „Gewichtsreduktion durch Kalorienreduktion“ reduziert wird. Implizit wird häufig vermittelt, dass Adipositas primär durch individuelles Fehlverhalten verursacht sei, wobei die wissenschaftlich belegten biologischen, psychischen und sozialen Einflussfaktoren oft in der Therapie unberücksichtigt bleiben. Ein nachhaltiger Therapieerfolg ohne die Behandlung individueller physiologischer und psychologischer Einflussfaktoren zu berücksichtigen, ist un-

wahrscheinlich.^{61–63} Evidenzbasierte Ernährungstherapie bei Adipositas erfordert einen ganzheitlichen Ansatz, der über reine Verhaltensmodifikation hinausgeht, die komplexen Ursachen der Erkrankung berücksichtigt und nicht nur auf Gewichtsreduktion als Gesundheitsparameter fokussiert.⁶⁴ Ein Beispiel für weitere relevante Parameter, die von Personen unter inkretinbasierter Therapie häufig genannt werden, ist die Reduktion von „food noise“ (aufdringliche Gedanken an Essen) und „Binge-Eating“-Verhalten.⁶⁴ Ernährungsfachpersonen sollen Menschen mit Adipositas mit einer würdevollen, wertschätzenden Haltung begegnen, als ganzheitlichen Menschen behandeln und schambasierte Aussagen vermeiden.^{42,65} Alltagsnahe, flexible und ressourcenorientierte Ratschläge stärken die Autonomie der Betroffenen und fördern das Vertrauen in die Therapie.

Fachpersonen, die ihre eigene Haltung gegenüber Menschen mit Adipositas reflektieren, eine stigmafreie Kommunikation wählen und bisherige Erfahrungen der Betroffenen mit Ausgrenzung und Diskriminierung in die Therapieprozesse einbeziehen, helfen, Stigmatisierung und Selbststigmatisierung zu reduzieren.⁶⁶ Mit der zunehmenden Anerkennung von Adipositas als komplexe chronische Erkrankung anstelle eines rein gewichtsdefinierten Zustands ist eine Erweiterung der klinischen Zielsetzungen erforderlich. Personen unter inkretinbasierter Therapie berichten zum Beispiel, dass neben der Gewichtsreduktion das Ausbleiben von „food noise“ eine wesentliche Verbesserung darstellt, ebenso wie die Reduktion emotional bedingten Essverhaltens.^{25,69}

Die Anwendung des ICHOM-Standards zur Erfassung patientenrelevanter Ergebnisparameter – wie psychischer Gesundheit, Funktionsfähigkeit und Autonomie im Essverhalten – ergänzt die Gewichtsmessung sinnvoll und trägt dazu bei, die vielfältigen Konsequenzen von Adipositas gezielter zu adressieren und die Therapiezufriedenheit zu erhöhen.⁷⁰ Ernährungsfachkräfte sind geschult in personenzentrierten Vorgehensweisen und wenden Verhaltensinterventionen an, welche über anthropometrische Verbesserungen hinaus die Ernährungsqualität, körperliche Aktivität, somatische und psychische Gesundheit positiv beeinflussen können. Sie stärken damit das Selbstwertgefühl der

Personen mit Adipositas, verbessern deren Körperbild und erhöhen ihre Lebensqualität.^{65,71} Auch die Berücksichtigung ethnisch differenzierter Referenzwerte für BMI und Taillenumfang, von Komplikationsstadien der Adipositas sowie einer systematischen Erfassung internalisierter Gewichtsvorurteile in Anamnese und Behandlung können zu einer differenzierten Versorgung beitragen.⁵⁴

Ein ganzheitlicher Ansatz in der Behandlung von Adipositas wird durch interprofessionelle Zusammenarbeit gewährleistet, die zugleich das Engagement und den Therapieerfolg der Betroffenen fördert.^{40,72} Ernährungsfachkräfte tragen zur bestmöglichen Versorgung von Menschen mit Adipositas bei, indem sie den Bedarf an medikamentösen oder chirurgischen Therapieformen neben Lebensstil und Verhaltensinterventionen erkennen und diese zielführend ansprechen und begleiten.^{51,65}

Fazit

Inkretinbasierte Therapien bieten neue Chancen in der Behandlung. Sie erfordern jedoch ein Bündel von Maßnahmen, die möglichst vielen Personen ermöglicht, ihre Gesundheit ganzheitlich über die medikamentöse Wirkung hinaus zu fördern. Anstelle einer standardisierten Kalorienrestriktion sollte die Ernährungstherapie auf eine hohe Ernährungsqualität, die Linderung möglicher Nebenwirkungen sowie die Begleitung der psychologischen Veränderungen abzielen, die im Rahmen einer medikamentösen Gewichtsreduktion häufig auftreten. Eine Ernährungstherapie, durchgeführt von qualifizierten Ernährungsfachkräften, kann Personen mit Adipositas dabei unterstützen, gesunde Lebensgewohnheiten langfristig zu etablieren, ihr Körperwohlfinden zu stabilisieren und stigmabezogene Belastungen abzubauen. Entsprechend trägt sie dazu bei, die nachhaltige Wirksamkeit der inkretinbasierten Therapie zu sichern und zu ergänzen. Sie sollte Teil eines interdisziplinären Behandlungsansatzes sein, der nicht primär das Gewicht, sondern die Gesundheit und das psychische Wohlbefinden in den Mittelpunkt stellt. ■

Autor:innen:

Caroline Heuberger, MSc
Natalie Sara Bez, BSc
 Priv.-Doz. Dr. med. **David Fäh**

Ninetta Scura, MSc
Dr. Evelyne Aubry
 Prof. Dr. **Leonie-Helen Bogl**
 Berner Fachhochschule
 Gesundheit
 Fachbereich Ernährung und Diätetik
 E-Mail: leonie-helen.bogl@bfh.ch

■13

Literatur:

1 Aronne LJ et al.: Tirzepatide as compared with semaglutide for the treatment of obesity. *N Engl J Med* 2025; 393(1): 26-36 **2** Wilding JPH et al.: Once weekly semaglutide in adults with overweight or obesity. *N Engl J Med* 2021; 384(11): 989-1002 **3** Jastreboff AM et al.: Tirzepatide once weekly for the treatment of obesity. *N Engl J Med* 2022; 387(3): 1434-5 **4** Moiz A et al.: Mechanisms of GLP-1 receptor agonist induced weight loss: A review of central and peripheral pathways in appetite and energy regulation. *Am J Med* 2025; 138(6): 934-40 **5** Anyiam O et al.: Metabolic effects of very low calorie diet, semaglutide, or combination in individuals with type 2 diabetes mellitus. *Clin Nutr* 2024; 43(8): 1907-13 **6** Aldawsari M et al.: The efficacy of GLP-1 analogues on appetite parameters, gastric emptying, food preference and taste among adults with obesity: systematic review of randomized controlled trials. *Diabetes Metab Syndr Obes* 2023; 16: 575-95 **7** Friedrichsen M et al.: The effect of semaglutide 2,4 mg once weekly on energy intake, appetite, control of eating, and gastric emptying in adults with obesity. *Diabetes Obes Metab* 2021; 23(3): 754-62 **8** Pierret ACS et al.: Glucagon like peptide 1 receptor agonists and mental health: a systematic review and meta analysis. *JAMA Psychiatry* 2025; 82(7): 643-53 **9** Radkhah H et al.: The impact of glucagon-like peptide-1 (GLP-1) agonists in the treatment of eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Eat Weight Disord* 2025; 30(1): 10 **10** Çalık Başaran N et al.: Post metabolic bariatric surgery weight regain: the importance of GLP-1 levels. *Int J Obes (Lond)* 2025; 49(3): 412-7 **11** Breit S, Hubl D: The effect of GLP-1RAs on mental health and psychotropics-induced metabolic disorders: a systematic review. *PNEC* 2025; 176: 107415 **12** Wadden TA et al.: The role of lifestyle modification with second generation anti obesity medications: comparisons, questions, and clinical opportunities. *Curr Obes Rep* 2023; 12(4): 453-73 **13** Christensen S et al.: Dietary intake by patients taking GLP-1 and dual GIP/GLP-1 receptor agonists: a narrative review and discussion of research needs. *Obes Pillars* 2024; 11: 100121 **14** Jansson A et al.: Dietary outcomes in randomised controlled trials in studies prescribing Liraglutide, Semaglutide or Tirzepatide in patients of across all age groups: A systematic review of RCTs [in review]. *School of Health Sciences* 2025 **15** Gudzone KA, Kushner RF: Medications for obesity: a review. *JAMA* 2024; 332(7): 571-84 **16** Rodriguez PJ et al.: Discontinuation and reinitiation of dual-labeled GLP-1 receptor agonists among US adults with overweight or obesity. *JAMA Netw Open* 2025; 8(1): e2457349 **17** Thomsen RW et al.: Real-world evidence on the utilization, clinical and comparative effectiveness, and adverse effects of newer GLP-1RA-based weight-loss therapies. *Diabetes Obes Metab* 2025; 27(2): 66-88 **18** Garvey WT et al.: Healthcare professionals' perceptions and management of obesity and knowledge of glucagon, GLP-1, GIP receptor agonists, and dual agonists. *Obes Sci Pract* 2024; 10(3): e756 **19** Gigliotti L et al.: Incretin-based therapies and lifestyle interventions: the evolving role of registered dietitian nutritionists in obesity care. *J Acad Nutr Diet* 2025; 125(3): 408-21 **20** Bundesamt für Gesundheit (Schweiz): Präparate

Spezialitätenliste (mit Geburtsgebrechen-Spezialitätenliste). <https://www.xn--spezialittenliste-yqb.ch/ShowPreparations.aspx>; zuletzt aufgerufen am 25. 8. 2025 **21** Drucker DJ: GLP-1 physiology informs the pharmacotherapy of obesity. *Mol Metab* 2022; 57: 101351 **22** Ard J et al.: Weight loss and maintenance related to the mechanism of action of glucagon-like peptide 1 receptor agonists. *Adv Ther* 2021; 38(36): 2821-39 **23** Markey CH et al.: Body image and interest in GLP-1 weight loss medications. *Body Image* 2025; 53: 101890 **24** Amherd-Brunner J: Adipositasstherapie im Wandel – Bedeutung der GLP-1-Rezeptor-Agonisten für die Ernährungsberatung (unpublizierte Bachelorarbeit an der Berner Fachhochschule 2025) **25** Naveed M et al.: GLP-1 medication and weight loss: Barriers and motivators among 1659 participants managed in a virtual setting. *Diabetes, Obes Metab* 2025; 27(7): 3780-8 **26** Post SM, Persky S: The effect of GLP-1 receptor agonist use on negative evaluations of women with higher and lower body weight. *Int J Obes (Lond)* 2024; 48(7): 1019-26 **27** Post SM et al.: Comparing the impact of GLP-1 agonists vs. lifestyle interventions and weight controllability information on stigma and weight-related cognitions. *Int J Behav Med* 2025; doi: 10.1007/s12529-025-10353-2 **28** Bergmann NC et al.: Effects of combined GIP and GLP-1 infusion on energy intake, appetite and energy expenditure in overweight/obese individuals: a randomised, crossover study. *Diabetologia* 2024; 67(5): 665-75 **29** Salehi M, Purnell JQ: The role of glucagon-like peptide-1 in energy homeostasis. *Metab Syndr Relat Disord* 2019; 17(4): 183-91 **30** Blundell JE et al.: The drive to eat: energy expenditure drives energy intake. *Physiol Behav* 2020; 219: 112846 **31** Wharton S et al.: Two-year effect of semaglutide 2,4 mg on control of eating in adults with overweight/obesity: STEP 5. *Obesity* 2023; 31(2): 357-66 **32** Halford JCG et al.: Pharmacological management of appetite expression in obesity. *Nature Reviews Endocrinol* 2010; 6(5): 255-69 **33** McKay JA et al.: Diet-induced epigenetic changes and their implications for health. *Acta Physiol* 2011; 202(2): 103-18 **34** Cheney C et al.: Impact of GLP-1 receptor agonists on perceived eating behaviors in response to stimuli. *Diabetes Metab Syndr Obes* 2025; 18: 1411-8 **35** Winzeler B et al.: A randomized controlled trial of the GLP-1 receptor agonist dulaglutide in primary polydipsia. *J Clin Invest* 2021; 131(20): e151800 **36** Leidy HJ et al.: A high-protein breakfast prevents body fat gain through reductions in daily intake and hunger, in „Breakfast skipping“ adolescents. *Obesity (Silver Spring)* 2015; 23(9): 1761-4 **37** Kim JE et al.: Effects of dietary protein intake on body composition changes after weight loss in older adults: a systematic review and meta analysis. *Nutr Rev* 2016; 74(3): 210-24 **38** Almandoz JE et al.: Nutritional considerations with antiobesity medications. *Obesity* 2024; 32(1): 15-28 **39** Kręgielska-Narożna M et al.: Medical nutritional therapy during pharmacotherapy for obesity: Expert insights. *Medical Studies / Studia Medyczne* 2024; 40(4): 371-80 **40** Meier JJ: The role of endogenous GLP-1 in metabolism and obesity. *Regulatory Peptides* 2012; 177(1-3): 159-66 **41** Mozaffarian D et al.: Nutritional priorities to support GLP-1 therapy for obesity: a joint advisory from the American College of Lifestyle Medicine, the American Society for Nutrition, the Obesity Medicine Association, and The Obesity Society. *Am J Clin Nutr* 2025; 122(1): 344-67 **42** Despain KL, Hoffman ES: Addressing weight stigma in clinical settings: a qualitative study of patient perspectives. *J Health Commun* 2024; 29(2): 137-48 **43** Bays HE: Mechanism of action of semaglutide for weight management: a review of preclinical and clinical data. *J Clin Lipidol* 2022; 16(2): 208-19 **44** Arillotta D et al.: GLP-1 receptor agonists and related mental health issues: insights from a range of social media platforms using a mixed-methods approach. *Brain Sci* 2023; 13(11):

- 1503 **45** Zergani MJ et al.: Mindfulness-based eating awareness training versus itself plus implementation intention model: A randomized clinical trial. *Eat Weight Disord* 2024; 29(1): 53 **46** Durso LE et al.: Internalized weight bias in binge eating disorder: associations with health and psychosocial functioning. *Int J Eat Disord* 2012; 49(12): 1051-9 **47** Kristeller JL, Wolever RQ: Mindfulness-based eating awareness training for treating binge eating disorder: the conceptual foundation. *Eat Disord* 2011; 19(1): 49-61 **48** Kristeller JL, Wolever RQ: Mindful eating and mind-body health: the development and initial validation of the mindful eating questionnaire. *J Am Diet Assoc* 2006; 106(10): 2255-60 **49** Aoun A et al.: Examining the efficacy of mindfulness-based interventions in treating obesity, obesity-related eating disorders, and diabetes mellitus. *J Am Nutr Assoc* 2025; 44(4), 292–305 **50** Lillis J et al.: Teaching acceptance and mindfulness to improve the lives of the obese: a preliminary trial of a weight control intervention. *Ann Behav Med* 2009; 37(1): 58-69 **51** Morgan-Bathke M et al.: Weight management interventions provided by a dietitian for adults with overweight or obesity: An Evidence Analysis Center systematic review and meta-analysis. *J Acad Nutr Diet* 2023; 123(11): 1621-61 **52** Dalle Grave R et al.: Cognitive-behavioral strategies to increase the adherence to exercise in the management of obesity. *J Obes* 2011; doi: 10.1155/2011/348293 **53** Scura N, Thutewohl A: Ernährungsberatung: Fünf Ebenen der beratenden Intervention. *Ernährungs Umsch* 2025; 3: 191-7 **54** Nadolsky K et al.: American Association of Clinical Endocrinology consensus statement: addressing stigma and bias in the diagnosis and management of patients with obesity/adiposity-based chronic disease and assessing bias and stigmatization as determinants of disease severity. *Endocr Pract* 2023; 29(6): 417-27 **55** Sutin AR et al.: Weight discrimination and health: A review of the evidence. *Obesity Reviews* 2015; 16(5): 420-39 **56** Baska A et al.: Is obesity a cause for shame? Weight bias and stigma among physicians, dietitians, and other healthcare professionals in Poland — a cross-sectional study. *Nutrients* 2024; 16(7): 999 **57** Cassiano GS et al.: Do registered dietitians, nutrition students, and laypeople perceive individuals with obesity differently? *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18(17): 8925 **58** Jung JY et al.: The role of weight stigma and self-compassion on health related quality of life among adults with obesity. *Int J Obes* 2015; 39(7): 1037-44 **59** Pearl RL, Puhl RM: Weight bias internalization and health: a systematic review. *Obesity Reviews* 2018; 19(8): 1141-63 **60** Basinger ED et al.: „She didn't think fat women deserved to have children“: memorable messages from healthcare providers in the context of fat pregnancy. *Women's Reprod Health* 2023; 11(1): 33-47 **61** Yanovski SZ, Yanovski JA: Approach to obesity treatment in primary care: A review. *JAMA Internal Medicine* 2024; 184(7): 818-29 **62** Nordmo M et al.: The challenge of keeping it off: a descriptive systematic review of high quality, follow up studies of obesity treatments. *Obes Rev* 2020; 21(1): e13011 **63** Fildes A et al.: Probability of an obese person attaining normal body weight: cohort study using electronic health records. *Am J Public Health* 2015; 105(9): e54-9 **64** Hassapidou M et al.: European Association for the Study of Obesity position statement on medical nutrition therapy for the management of overweight and obesity in adults developed in collaboration with the European Federation of the Associations of Dietitians. *Obesity Facts* 2023; 16(1): 11-28 **65** Pheasant SM et al.: Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. *Obes Rev* 2015; 16(4): 319-26 **66** Rubino F et al.: Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. *Nat Med* 2020; 26(4): 485-97 **67** Puhl RM: Weight stigma and bias: strategies to reduce discrimination in healthcare. *Gastroenterol Clin N Am* 2023; 52(3): 433-56 **68** Sharma A et al.: Conceptualizing obesity as a chronic disease: an interview with Dr. Arya Sharma. *Adapt Phys Activ Q* 2018; 35(3): 1-8 **69** Wharton S et al.: Diabetes stigma and weight stigma among physicians treating type 2 diabetes: a cross-sectional survey. *Obes Res Clin Pract* 2023; 17(2): 115-22 **70** International Consortium for Health Outcomes Measurement: Standard set for bariatric surgery and obesity care. *ICHOM 2022* **71** Contreras S et al.: Exploring the impact of weight stigma in digital health interventions: a randomized controlled trial. *J Med Internet Res* 2024; 26(3): e48312 **72** Bloom SR et al.: Attenuation of weight stigma in primary care: a training intervention study. *Fam Pract* 2018; 35(4): 383-8 **73** Hill B et al.: Supporting healthcare professionals to reduce weight stigma. *Aust J Gen Pract* 2024; 53(9): 682-5 **74** Bannuru RR et al.: Weight stigma and bias: Standards of care in overweight and obesity—2025. *BMJ Open Diabetes Res Care* 2025; 13(1): e004962 **75** Ryan L et al.: Weight stigma experienced by patients with obesity in healthcare settings: a qualitative evidence synthesis. *Obes Rev* 2023; 24(10): e13606 **76** Sánchez-Carracedo D: Obesity stigma and its impact on health: a narrative review. *Endocrinol Diabetes Nutr* 2022; 69(10): 868-77