



Basiswissen zur Fettleber

Wissenswertes über die Fettleber

Woher kommt die Fettleber und was können Sie dagegen tun? Antworten auf diese wichtigen Fragen finden Sie auf den folgenden Seiten.

Hat Ihre Ärztin oder Ihr Arzt bei Ihnen eine Fettleber festgestellt? Unter Umständen haben Sie dann die Einschätzung gehört, dies sei gar nicht so tragisch, und den Rat bekommen, einfach in Zukunft weniger Fett zu essen ...

Falscher geht es nicht! Nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen ist die Fettleber ein enormes Gesundheitsrisiko. Einerseits drohen Leberzirrhose und Leberkrebs und andererseits ist sie die Basis für Typ-2-Diabetes und fördert zudem Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die immer noch an erster Stelle der Todesursachen bei uns stehen.

Das Fett auf dem Teller hat mit hoher Wahrscheinlichkeit wesentlich weniger an der Entstehung Ihrer Fettleber Schuld als die süßen und stärkereichen Speisen oder zuckerhaltigen Getränke, die Sie zu sich nehmen.

Wann spricht man von einer Fettleber?

Auch wenn es nicht zu ihren Aufgaben gehört, kann die Leber dauerhaft ungewöhnlich viel Fett einlagern. Man unterscheidet folgende Schweregrade:

- leichtgradige Fettleber: Weniger als ein Drittel der Leberzellen sind verfettet.
- mäßige Fettleber: Mehr als ein Drittel, aber weniger als zwei Drittel der Leberzellen sind verfettet.
- schwere Fettleber: Mehr als zwei Drittel der Leberzellen sind verfettet.

Vorsicht: Gesundheitlich relevant wird es bereits ab 5 Prozent Verfettung. Hier spricht man von einer Fettleber, in der Fachsprache »Steatohepatitis«.

Ursachen? Alkohol oder Wohlstand

Man unterscheidet die alkoholische von der nicht-alkoholischen Fettleber. Ein chronisches Übermaß an Alkohol ist die Ursache der alkoholischen Fettleber. Alkohol ist sehr energiereich und beim Abbau in der Leber werden Fettsäuren gebildet und dort gespeichert. Abbauprodukte des Alkohols sind toxisch und können die Leber so nachhaltig stören, dass die hochspezialisierten Leberzellen in Bindegewebe umgebaut werden. Die langfristige Folge: Leberzirrhose.

Bei Frauen liegt die kritische Grenze im Schnitt bei 20 Gramm Alkohol pro Tag, bei Männern bei 30 Gramm.

Letzteres entspricht ungefähr 0,3 Liter Wein oder 0,75 Liter Bier. Nicht alle, die regelmäßig viel Alkohol konsumieren, bekommen eine Fettleber. Das liegt an der persönlichen Empfindlichkeit und der individuellen Ausstattung mit Alkohol abbauenden Enzymen. Weiterhin ist auch entscheidend, ob neben dem Zuviel an Alkohol bereits Zucker- oder Fettstoffwechselerkrankungen vorliegen. Und natürlich spielt auch die Dauer des vermehrten Alkoholkonsums eine Rolle.

Die nicht-alkoholische Fettlebererkrankung ist dagegen eine »Wohlstandserkrankung«, die durch den modernen Lebens- und Ernährungsstil bedingt ist. In der Fachliteratur wird bzw. wurde sie bis vor Kurzem mit dem Kürzel NAFLD benannt, was vom Englischen Non Alcoholic Fatty Liver Disease abgeleitet ist. Für ihre Entstehung spielt das Missverhältnis zwischen Kalorienzufuhr und Kalorienverbrauch eine wesentliche Rolle. Aber auch die Zusammensetzung der Nahrung – insbesondere zu viele Kohlenhydrate bei zu wenig Bewegung – trägt entscheidend dazu bei. In alten Büchern steht, Gänse müsse man »nudeln«, um eine Stopfleber zu produzieren. Das funktioniert auch bei uns Menschen sehr gut ...

Von der NAFLD zur MAFLD

Die NAFLD geht sehr häufig mit den Stoffwechselstörungen einher oder bedingt sie sogar, die man in der Fachsprache als »metabolisches Syndrom« (MetS) bezeichnet. Typisch für das MetS sind ein erhöhter Nüchtern-Blutzucker, erhöhte Blutfette (Triglyce-

ride), erhöhter Blutdruck und ein niedriges HDL-Cholesterin. Davon geht ein massiv erhöhtes Risiko für Typ-2-Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen aus. Konsequenterweise wurde kürzlich der Begriff für diese Lebererkrankung abgeändert. Sie wird nun als »Metabolisch assoziierte Fettlebererkrankung« bezeichnet – im Englischen »Metabolically Associated Fatty Liver Disease« – mit der entsprechenden Abkürzung MAFLD. Wir schließen uns dem an und verwenden im Folgenden nur noch MAFLD.

Insulin – die Dosis macht das Gift

Dieses Hormon, das in der Bauchspeicheldrüse produziert wird, erfüllt viele Aufgaben. Die bekannteste ist, dafür zu sorgen, dass nach Spaltung der verdaulichen Kohlenhydrate in Zucker und seiner Aufnahme in den Blutkreislauf, dieser in unsere Muskel- und Leberzellen eingeschleust wird. Mithilfe von Insulin werden überdies auch die Proteinbausteine (Aminosäuren) in unsere Muskeln und die Fettsäuren in die Fettzellen eingebaut. Allerdings wird für keine Nährstoffaufnahme im Durchschnitt so viel Insulin benötigt wie für die heute so typischen großen Mengen an Kohlenhydraten, das heißt an Stärke und Zucker. Je raffinerter und ballaststoffärmer die kohlenhydrathaltigen Nahrungsmittel sind, desto schneller und stärker steigt der Blutzucker und desto mehr Insulin wird in das Blut ausgeschüttet.

Insulinresistenz

Bei unserem modernen Lebensstil – zu wenig Bewegung, Fettleibigkeit, Schlafmangel, Sonnenlichtmangel, negativer Stress, Rauchen usw. – entwickelt sich bei vielen Betroffenen eine Störung: Die Zellen reagieren nicht mehr adäquat auf Insulin. Das notwendige Insulinsignal kommt nicht an – genannt Insulinresistenz. Als Folge kreist der Zucker zunächst weiterhin im Blut. Rezeptoren im Kreislaufsystem melden das dem Gehirn. Das befiehlt der Bauchspeicheldrüse, schnell die Insulin-Ausschüttung zu steigern. Mit erhöhter Insulinkonzentration verstärkt sich rasch das Signal und das System funktioniert wieder – zumindest eine Weile: Die Insulinresistenz wird akut durchbrochen und der Zucker wandert in die Körperzellen, die Blutzuckerkonzentration sinkt auf Normalwerte.

Hyperinsulinämie und seine Folgen

Je länger wir aber dem bequemen, kaloriengeschwängerten Lebensstil frönen, desto insulinresistenter werden wir und desto mehr Insulin ist nach jeder Mahlzeit notwendig, um die Insulinresistenz der Zellen zu durchbrechen. Zunächst reicht vielleicht die drei- bis fünffache Menge aus. Ein paar Jahre später muss die Bauchspeicheldrüse vielleicht schon das Zehnfache leisten – und das, ohne dass wir etwas davon bemerken. Diese nach dem Essen über viele Stunden anhaltende, krankhaft hohe Insulinkonzentration im Blut (Hyperinsulinämie) hat allerdings unerwünschte Nebenwirkungen: Damit werden in der Leber (und im Fettgewebe) Gene aktiviert, die einen großen Teil der

Kohlenhydrate aus der Nahrung nun in Fett umwandeln – und das selbst ohne Kalorienüberschuss.

Wichtig: Egal ob aus der guten Kartoffel, dem gesunden Vollkornbrot, dem Vollwert-Müsli, dem knackigen Vollkornkeks oder den bunten Smoothies – ein Großteil der verdaulichen Kohlenhydrate landet bei einem krankhaft hohen Insulinspiegel als pures Fett in den Fettdepots –, und das geht auch nicht ewig gut!

Wenn das Fettgewebe streikt

Der wichtigste Speicher für Fett ist unser Unterhautfettgewebe. Doch wenn sich dort die Fettzellen zu schnell und zu stark füllen und an ihre individuelle Ausdehnungsgrenze gelangen, geraten sie in Stress und werden »krank«. Dann kann das Unterhautfettgewebe nicht mehr adäquat Fett speichern. Es läuft wieder aus – wie ein überlaufendes Fass. Nun müssen alternative Speicherplätze gefunden werden. Das sind vor allem die Bauchhöhle und die dort befindlichen Organe – allen voran die Leber.

Es gibt noch andere, seltenere Ursachen für eine Fettleber, die hier nicht weiter abgehandelt werden:

- Medikamente wie Acetylsalicylsäure, Kortikosteroide, Tetrazykline
- Gifte wie Pilzgifte, Phosphor
- Eiweißmangelernährung
- Schwangerschaft
- Erkrankungen wie Morbus Wilson

Wer ist betroffen?

Die MAFLD ist die häufigste Lebererkrankung in den Industrieländern. Setzt man die genauesten Diagnoseverfahren (MRS/MRT oder Biopsie) ein, findet man beispielsweise in Deutschland bei rund 40 Prozent der Erwachsenen eine MAFLD. Bei übergewichtigen Erwachsenen liegt der Anteil bei rund 70 Prozent und in der Gruppe der Typ-2-Diabetiker sind es etwa 80 Prozent. Am häufigsten entwickelt sich die MAFLD zwischen dem 40. und 60. Lebensjahr, aber es sind bereits viele übergewichtige Kinder und Jugendliche davon betroffen. Auch längst nicht alle Schanken sind vor ihr gefeit: Rund 15 bis 20 Prozent der Normalgewichtigen haben heute schon eine MAFLD.

Viele Folge- und Begleiterkrankungen

Bei einer MAFLD erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, einen Typ-2-Diabetes, Bluthochdruck oder Fettstoffwechselstörungen zu bekommen, was wiederum das Risiko für verschiedene Herz-Kreislauf-Erkrankungen enorm steigert. Darüber hinaus erleiden Frauen damit beispielsweise häufiger ein polyzystisches Ovar (PCO) und können keine Kinder mehr bekommen. Männer haben damit häufiger Erektionsstörungen. Und bei beiden Geschlechtern kommt es häufiger zur chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD).

Häufig bleibt es auch nicht bei der bloßen Fettleber. Die Leber kann sich zusätzlich entzünden und bis zur

Leberzirrhose weiterentwickeln. Dann droht einerseits Leberversagen und andererseits kann daraus Leberkrebs entstehen.

So werden Sie der Fettleber Herr

Es gibt bislang keine zugelassene medikamentöse Fettleber-Therapie, daher bleibt nur die gezielte Lebensstiländerung. Die effektivste Maßnahme ist dabei die Ernährungsumstellung – mit deutlichem Abstand gefolgt von intensivem Sport. Eine Kombination von beidem ist natürlich das Allerbeste. Weitere Lebensstilfaktoren wie erholsamer Schlaf, Meiden von negativem Stress, ausreichend Sonnenlicht und Nichtrauchen fördern die Entfettung der Leber zusätzlich.

Fettleber-Index checken

Einen schnell verfügbaren Hinweis darauf, ob Ihre Leber zu viel Fett eingelagert hat, erhalten Sie mit dem Fettleber-Index (FLI). Das ist ein wissenschaftlich anerkannter Wahrscheinlichkeitsrechner, den man kostenfrei sogar selbst bedienen kann. Mehr dazu erfahren Sie in unserem Tipp 35 (Seite 59).

Die Leber clever entfetten

Nehmen wir weniger Energie (Kalorien) auf, als wir benötigen, gleicht der Körper das Energiedefizit aus: Er baut Fettreserven ab und die dort gelagerten Fettsäuren werden in den Zellen zur Energiegewinnung