

Dr. Scholl und Dr. Kurz auf Symposium der Deutschen Akademie für Präventivmedizin auf dem Internistenkongress in Mannheim

Beim 122. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin hat Dr. Scholl am 11. April 2016 in Mannheim das Symposium der Deutschen Akademie für Präventivmedizin e.V. geleitet, das sich mit Evidenz und Realität der kardiovaskulären Prävention in Deutschland beschäftigte. Der Saal war komplett überfüllt, so dass nicht alle, die teilnehmen wollten, tatsächlich einen Platz fanden! Auf www.akaprev.de, der Website der Deutschen Akademie für Präventivmedizin e.V. finden Sie die Vorträge zum Download.

Dr. Kurz präsentierte im Rahmen des Symposiums eigene Prevention First-Studienergebnisse zur **Fitness der Deutschen**. Hier eine Zusammenfassung seines Vortrages:

*Unzählige Studien zeigen eindrucksvoll den **Zusammenhang zwischen körperlicher Fitness, Herzinfarkt- und Schlaganfallrisiko sowie Gesamtsterblichkeit** sowohl bei Frauen als auch bei Männern. Insbesondere für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes mellitus gilt eine gute Fitness nicht nur als Schutzfaktor, sondern beim Unterschreiten eines kritischen Wertes als bedeutender Risikofaktor. Laukanen et al. errechneten in der Kuopio-Studie für Menschen mit einer Fitness unterhalb der 25. Altersperzentile das gleiche Todesfallrisiko wie beim Rauchen von 20 Zigaretten am Tag. Für die Risikostratifizierung und nicht zuletzt für eine effektive Beratung und Motivation unserer Patienten ergibt sich daraus die Indikation zur objektiven Fitness-Bestimmung.*

*Nach wie vor gilt die **Spiroergometrie**, also die Messung der Atemgase unter Belastung, dazu als Methode der Wahl. Gemessen wird die maximale Sauerstoffaufnahme (VO₂max) bei Ausbelastung im Belastungstest. Ausbelastung wird erreicht ab einem RER > 1,1, einem Laktat ≥ 8 mmol/ml, einem sogenannten „leveling off“ der Sauerstoffkurve in der Spiroergometrie, sowie einem Wert ≥ 17 auf der Borgskala.*

Fehlen die technische Möglichkeiten einer Spiroergometrie, kann die VO₂max anhand des Körpergewichts und der maximal erbrachten Wattleistung auch nach einer Formel des American College of Sports Medicine errechnet werden (VO₂max (l/min) = (7,8 x KG (kg) + 10,8 x Leistung (Watt))/1000). Zum Vergleich der VO₂max-Werte verwendete Prevention First bisher US-Daten aus der Cooper-Klinik in Dallas.

*Prävention First hat nun anhand von **10 189 Erstteilnehmern von Check-ups** in Zusammenarbeit mit dem Institut für Sport- und Präventiv-Medizin in Saarbrücken deutsche Referenzwerte für die Fitness gesunder Erwachsene in der Altersgruppe zwischen 30 und 70 Jahren erstellt. Die entstandenen Referenzkurven dienen den Untersuchern zur Risikoeinschätzung und visualisieren Patienten eindrucksvoll ihre Fitness im Altersvergleich.*

Korreliert man nun Herz-Kreislauf-Risikofaktoren wie zum Beispiel Bluthochdruck, einen vergrößerten Bauchumfang oder einen erhöhten HOMA-Index mit der gemessenen Fitness, ergibt sich im genannten Kollektiv ein signifikanter Unterschied zwischen der höchsten und der niedrigsten Fitness-Quartile. Gleiches gilt für den Fatty Liver Index, einen Marker für das Vorliegen einer Fettleber.

Nach Zahlen der DEGS erreichen aktuell nur 25,4 % der Männer und nur 15,5 % der Frauen die von der WHO empfohlene körperliche Aktivität von 2,5h pro Woche. Die Bedeutung der Fitness für die Gesundheit ist bekannt und unstrittig. Sowohl zur Motivation der Patienten als auch für eine präzise Risiko-Stratifizierung ist die Bestimmung und Beurteilung der Fitness der Patienten genauso essentiell wie die Blutdruckmessung oder die Analyse von Stoffwechselfparametern.

Dr. Scholl sprach zum Thema **Ernährungsempfehlungen im Wandel** und kritisierte die überholten Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung DGE. Hier eine Zusammenfassung seines Vortrages:

*Die **neuen US-Ernährungs-Leitlinien** haben die Fettobergrenze abgeschafft, die Eier freigesprochen und warnen nun vor „added sugars“. Dies ist zwar nach Meinung führender Ernährungsexperten der Harvard School of Public Health noch immer halbherzig und stark vom Einfluss der Lobbyisten der Lebensmittelindustrie geprägt, wird jedoch zumindest als ein Schritt in die richtige Richtung angesehen.*

Grundsätzlich muss man sich fragen, woraus sich „Evidenz“ für Ernährungsempfehlungen ableiten kann. Nach den Kriterien des Oxford Centre for Evidence based Medicine sollte man unterscheiden, ob man in einer Gruppe von Menschen ein bestimmtes Merkmal oder ein freiwillig gewähltes Verhalten „beobachtet“ (dies sind die „epidemiologischen Studien“) und daraus eine Assoziation mit einem bestimmten Risiko ableitet (=Hypothese), oder ob man im Rahmen einer kontrollierten, randomisierten Studie durch eine Intervention experimentell den Wahrheitsgehalt der jeweiligen Hypothese überprüft.

Während Ersteres im Rahmen von Gruppenungleichheiten nicht selten auch zu falschen Rückschlüssen geführt hat, weil sich beispielsweise Fleischesser von Vegetariern nicht nur hinsichtlich des Fleischverzehrs unterscheiden, gibt es aufgrund des hohen Aufwandes nur wenige randomisierte kontrollierte Ernährungs-Interventionsstudien mit harten Endpunkten. Ernährungs-Interventionsstudien beschränken sich in der Regel auf Stoffwechseleffekte oder den Gewichtsverlauf als Endpunkt. Dennoch sind gut gemachte Interventionsstudien, die sich mit den Stoffwechseleffekten verschiedener Ernährungsvarianten beispielsweise bei Diabetikern beschäftigen, vom Evidenzgrad her höher einzustufen als die reinen Beobachtungsstudien.

Die 2006 veröffentlichte WHI-Studie (Womens Health Initiative) loste mehr als 48.000 Frauen auf zwei Gruppen aus: eine Gruppe, die sich fettarm ernähren sollte und intensiv in diese Richtung beraten wurde, und auf eine Kontrollgruppe. In der Fettreduktions-Gruppe wurde der Fettverzehr um 10,7% im ersten Jahr und immerhin noch um 8,2% nach 6 Jahren vermindert. Dies hatte jedoch über den langen Beobachtungszeitraum von insgesamt 8 Jahren keinerlei Effekt auf die Gesamtmortalität, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder das Auftreten von Brustkrebs. Wo ist also die Evidenz für „Fettreduktion“?

*In der 2013 im New England Journal of Medicine publizierten, spanischen **PREDIMED-Studie** wurden mehr als 7400 Spanier im Durchschnittsalter von 60 Jahren auf 3 Gruppen ausgelost: Gruppe 1 wurde im Hinblick auf eine mediterrane, moderat fettreichen Ernährungsweise mit mehr Olivenöl, Gruppe 2 auf eine mediterrane Ernährung mit mehr Nüssen und Gruppe 3 mit dem Ziel einer Fettreduktion bei höherer Kohlenhydrat-Zufuhr (entsprach ziemlich genau den DGE Empfehlungen) beraten.*

Die beiden mediterranen Gruppen hatten über den Beobachtungszeitraum von 4,9 Jahren ein 30% niedrigeres Risiko für Herzinfarkt und Schlaganfall, sodass die Studie vorzeitig abgebrochen wurde. Auch das Risiko für einen Typ 2-Diabetes wurde in den mediterranen Gruppen gesenkt. Menschen, die bereits zu Beginn der Studie einen Typ 2-Diabetes hatten, benötigten deutlich weniger blutzuckersenkende Medikamente.

Alles in allem zeigte sich eine deutliche Überlegenheit einer moderat fettreichen mediterranen Kost mit mehr Olivenöl und Nüssen im Vergleich zu der traditionellen - noch immer von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung DGE empfohlenen – fettreduzierten, kohlenhydratreichen Ernährung.

Es ist verwunderlich, dass sich dennoch in Deutschland noch nichts an den Ernährungsempfehlungen geändert hat. Über die Ernährungsplattform inForm, die mit Mitteln des Bundesministeriums für Ernährung finanziert wird, laufen vielfältige Kampagnen in Kindergärten, Schulen, Betriebs-Kantinen und Altersheimen mit dem Ziel, die „10 Regeln der DGE“ als Standards für die Zertifizierung durchzusetzen. Die DGE-Empfehlungen zur Begrenzung des Fett-Verzehrs auf maximal 30%, und zur Steigerung der Kohlenhydratzufuhr auf mindestens 50% der Energie, sowie die Beschränkung von Fleisch, Eiern und fettreichen Milchprodukten stehen jedoch in krassem Widerspruch zur aktuell verfügbaren wissenschaftlichen Evidenz, die der renommierte Ernährungsforscher Dariush Mozaffarian Anfang 2016 in einem bemerkenswerten Übersichtsartikel für die Fachzeitschrift Circulation zusammengefasst hat.

Von Seiten der Deutschen Gesellschaft für Ernährung hört man regelmäßig, die Ernährungsempfehlungen seien ja nur „für Gesunde“ gemacht. Stellt man die Frage, wer in der deutschen Bevölkerung heute noch normalgewichtig ist, einen normalen Bauchumfang hat, einen normalen Blutdruck und Zuckerstoffwechsel, keine Leberverfettung und keine Insulinresistenz, dann wird klar, dass dies eine verschwindend geringe Minderheit ist (im Kollektiv von Prevention First nur 11% der Männer und 19% der Frauen, bei denen alles passt). Sportlich aktive, schlanke Menschen mit guten Stoffwechselwerten nehmen durch Brot, Kartoffeln und Nudeln keinen Schaden.

Für die große Mehrheit der Bevölkerung dagegen sind deshalb die DGE-Empfehlungen zur Fettreduktion und zum reichlichen Verzehr von Getreide und Kartoffeln sogar kontraproduktiv: *Unter den Bedingungen von Bewegungsmangel bzw. sitzender Tätigkeit und bei einem relevanten Anteil von genetischer Veranlagung zum Typ 2-Diabetes in der Allgemeinbevölkerung fördern diese Empfehlungen das Auftreten von Adipositas, Typ 2-Diabetes, nicht alkoholischer Leberverfettung, Herzinfarkt, Schlaganfall und wahrscheinlich auch etlichen Krebsarten (vermittelt über die Wachstumshormoneffekte hoher Insulinspiegel).*

In den niederländischen Leitlinien für die Ernährungstherapie bei Insulinresistenz wird ein sehr schönes Beispiel aufgeführt, das für einen „gesunden“ und einen gleich alten Patienten mit Insulinresistenz die Auswirkungen zweier kohlenhydratreicher Mahlzeiten im Tagesverlauf zeigt: Bei beiden Patienten verläuft die Blutzuckerkurve absolut identisch, jedoch hat der Insulinresistenz-Patient extrem hohe Insulinspiegel. Diese normalisieren sich vor dem Mittagessen nicht mehr, sodass ein solcher, insulinresistenter Patient über den ganzen Tagesverlauf mit stark erhöhten Insulinspiegel herumläuft, die ihm seine Fettverbrennung vollständig blockieren. Für ihn sind Kartoffeln und Getreideprodukte sowie jegliche Form gezuckerte Lebensmittel gesundheitsschädlich.

Im Kollektiv von Prevention First (also in meinen Arztpraxen), das mehr als 10.000 Erstuntersuchungen „vermeintlich gesunder“ Angestellter im durchschnittlichen Alter von 46 Jahren umfasst, haben ca. 40% der Männer einen Bluthochdruck, 35% eine nicht alkoholische Leberverfettung, mehr als 20% eine Insulinresistenz mit einem HOMA-Index >2,6, mehr als 70% einen erhöhten Bauchumfang und rund 30% eine weit unterdurchschnittliche Fitness. Für die Frauen liegen die entsprechenden Werte mit Ausnahme der Fitness (auch hier 30%) etwa halb so hoch wie bei den Männern.

Ein großer Teil der deutschen Allgemeinbevölkerung hat also bereits im mittleren Lebensalter relevante Gesundheitsprobleme. Diese Tatsache sollte in Verbindung mit der wissenschaftlichen Evidenz, die eindeutig für eine mediterrane, moderat fettreiche, aber Kohlenhydratbeschränkte Ernährungsweise spricht, eigentlich zu einer Änderung der Deutschen Ernährungsempfehlungen führen.

Wenn experimentelle Studien zu Stoffwechselfparametern und Ernährung-Interventionsstudien wie PREDIMED die Hypothesen der DGE widerlegen, wenn in anderen Ländern die Leitlinien aus diesem Grund angepasst werden, dann muss die Frage erlaubt sein, warum das Bundesministerium für Ernährung, das schließlich ja die DGE zum größten Teil finanziert, hier untätig bleibt.

Neben der Änderung der DGE-Regeln im Hinblick auf die veränderten Lebensbedingungen und den häufig bereits beeinträchtigten Gesundheitszustand der Deutschen wäre es auch dringend notwendig, sämtliche Aufklärungskampagnen daraufhin zu überprüfen, ob sie den neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen genügen.

Darüber hinaus sollte man für eine verbraucherfreundliche, verständliche Lebensmittelkennzeichnung sorgen (siehe den Artikel von Dr. Scholl im Deutschen Ärzteblatt vom Oktober 2015) und den Einfluss der Industrie insbesondere im Hinblick auf die Werbung für „Kinder-Lebensmittel“ zu beschränken.

Prevention First war in Deutschland der Vorreiter eines neuen Check-up-Konzepts mit den Schwerpunkten Fitness und Ernährung. Sowohl unsere präzise Trainingsberatung als auch die differenzierte, an die individuelle Stoffwechselsituation angepasste Ernährungsberatung setzen die Maßstäbe auf dem Gebiet der Präventivmedizin und der betrieblichen Gesundheitsförderung.