prevention first® journal

Dezember | 2018

LICHTTHERAPIE GEGEN DIE WINTERDEPRESSION 2

CHOLESTERINWERTE
KOKOSÖL vs. BUTTER 4

OMEGA-3-FETTE
SCHÜTZEN DAS HERZ 5

VITAMIN D UND
DAS KREBSRISIKO 7

HERZ, SPORT UND
GESUNDHEIT 11

TESTBERICHT
FITNESS APPS 13

SEKT vs. CHAMPAGNER
ZUM JAHRESWECHSEL 17

HALPERIN/SCHOLL
THE FAMILY SONGBOOK 19

EDITORIAL

Wer hätte das gedacht? Eine einsame Nudel (Typ „Penne rigate") ziert das Cover des Deutschen Ärzteblattes vom 12. Oktober 2018. Daneben: „Typ 2-Diabetes – weniger Kohlenhydrate, weniger Insulin". Neben dem hervorragenden Artikel der Wissenschaftsjournalistin Martina Lenzen-Schulte („Dein Freund der Ketonkörper") zum Thema Ketogene Ernährung bei Typ 2-Diabetes zerpflückte ihre Kollegin Nadine Eckert („Kohlenhydrate unter Verdacht") die angebliche „Low-Carb-Studie" von Seidelmann et al., über die wir bereits in der letzten Ausgabe des Prevention First Journals berichtet hatten. Diese beiden Artikel sind die meist gelesenen Artikel des gesamten Jahres im Deutschen Ärzteblatt, was mich sehr freut. So langsam scheint in Deutschland etwas in Bewegung zu kommen!

An der Charité kümmert man sich ebenfalls um das Thema und hat eine Sprechstunde zur Diabetesremission eingerichtet, wie mir der Diabetologe Prof. Andreas Pfeiffer auf der Herbsttagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft mitteilte. Wenn ich 10 Jahre zurückdenke, als ich Prof. Pfeiffer auf einer Konferenz des EU-Projekts zur Diabetesprävention IMAGE kennenlernte, bestand damals noch eine große Skepsis gegenüber den Low-Carb-Ernährungsempfehlungen, die ich mit Prevention First schon seit 2003 vertreten habe. Es scheint, dass die Mediterrane Low-Carb-Ernährung nun auch bei den Ärzten im Mainstream angekommen ist – bei den informierten Patienten ist sie es ja schon länger.

In Berlin diskutiert man derweil im Gesundheitsausschuss des Bundestages eine Nationale Diabetesstrategie, für die sich vor allem der CDU-Bundestagabgeordnete Dietrich Monstadt einsetzt. Als ich ihn neulich in Berlin besuchte, zeigte er großes Interesse nicht nur an der Prävention, sondern auch an der Rückbildung des Typ 2-Diabetes. Monstadt kritisiert wie ich, dass es gravierende Fehlanreize im Gesundheitswesen gibt: Dazu zählt, dass die gesetzlichen Krankenkassen pro Diabetiker bei Beginn einer Insulintherapie eine Einmalzahlung von 2249 € zusätzlich erhalten, was einen

völlig unsinnigen Anreiz darstellt, möglichst viele Patienten mit einer Insulintherapie zu versorgen. Denn wenn man mehr als 60% dieser Diabetiker wieder zu „Nicht-Diabetikern" machen kann, dann sollte dies eindeutig Priorität haben.

Doch manche Fachleute verfolgen offensichtlich andere Interessen: Auf der Diabetologen-Herbsttagung referierte ein bekannter, deutscher Ernährungsmediziner vor über 1000 Diabetologen und Diabetesberaterinnen über „Zucker und Adipositas". Noch immer sei der Zusammenhang zwischen Zucker und Adipositas „unklar" bzw. der Nutzen einer strengen Zuckerreduktion „nicht zu belegen". Zur Begründung seiner Aussagen präsentierte er unter anderem Veröffentlichungen des Amerikaners James M. Rippe (Rippe Lifestyle Institute, Shrewsbury/ Massachusetts.).

Was der Redner verschwieg, ist die Tatsache, dass Rippe zwischen 2010 und 2014 insgesamt 10 Mio. US-Dollar Forschungsgelder von der Corn Refiners Association (dem Interessenverband der Zuckersirup-Produzenten) erhalten hat, um „die Harmlosigkeit des Zuckers" zu erforschen. Außerdem bezog er laut Washington Post über Jahre ein monatliches (!) Beraterhonorar von 41.000 US-Dollar, um regelmäßig Artikel auch in der Laienpresse zu veröffentlichen, die Zweifel an der Gefährlichkeit von Zucker streuen sollten. [1,2]

Als ich ans Saalmikrofon ging, löste ich mit meinen Informationen beim Publikum erhebliche Unruhe aus. Meine Meinung: Wer hochbezahlte Schwindler wie Rippe zitiert, ohne deren „Sponsoren" zu benennen, führt das Publikum hinters Licht. Ich finde: Gerade bei Ernährungsstudien kann und muss man die Interessenkonflikte beachten. Aber die Zuckerlobbyisten versuchen es halt immer wieder ...

Diese Weihnachtsausgabe unseres Prevention First-Journals 2018 hält für Sie wieder eine bunte Palette interessanter Präventionsthemen bereit: Wir erläutern Ihnen, warum eine Lichttherapie in der dunklen Jahreszeit zur Prävention depressiver Verstimmungen hilfreich sein kann. Wir berichten über brandaktuelle Studien zum Thema Omega-3-Fettsäuren und Vitamin D sowie über eine „Real Life"-Studie der

BBC zu den Auswirkungen von Butter, Kokosöl und Olivenöl auf die Cholesterinwerte.

Renate Michel-Lambertz aus Rüdesheim beginnt eine dreiteilige Serie zum Thema Herzgesundheit und Sport und erläutert die Bedeutung der Fitness für unser Herz. Elisabeth Dernbach hat für Sie Fitness-Apps für das Training im Wohnzimmer getestet. Und Eric Koletzki stellt Ihnen eine neue Kraftübung („Step-Up") vor. Ein Hinweis für die Schwimmer: Die nächsten Technik-Tipps zum Kraulschwimmen inkl. weiterer Videos werden wir in der März-Ausgabe 2019 vorstellen.

Selbstverständlich kommt auch der Genuss nicht zu kurz: Peter Kurz hat für Sie leckere Vorspeisen-Variationen kreiert, die zu meinem Wein-Thema passen: Kurz vor dem Jahreswechsel stellt sich für viele die Frage „Deutscher Sekt oder französischer Champagner?", die wir in einer spannenden Blindverkostung beantwortet haben. Lassen Sie sich überraschen!

Das gesamte Prevention First Team wünscht Ihnen eine schöne Weihnachtszeit und einen guten Start in ein bewusst aktives und gesundes neues Jahr 2019!

Herzliche Grüße
Ihr
Johannes Scholl

1) Lipton, Eric (11 February 2014). "Rival Industries Sweet-Talk the Public". The New York Times.
2) Hamburger, Tom (12 February 2014). "Inside the secretive war between sugar and corn syrup". Washington Post.

LICHTTHERAPIE ZUR PRÄVENTION DER WINTERDEPRESSION

Wenn im Herbst die Tage spürbar kürzer werden und man schließlich im Dunkeln zur Arbeit fährt und im Dunkeln wieder nach Hause kommt, dann denke ich mir jedes Mal: Jetzt wäre die richtige Zeit in den Süden in die Sonne zu fliegen. Leider ist typischerweise in Richtung Jahresende bei uns sehr viel zu tun, sodass November und Dezember für mich bis auf weiteres keine guten Monate für einen Urlaub sind.

Dass lange Nächte, neblige Novembertage und allgemein der Mangel an Licht im Winterhalbjahr aufs Gemüt schlagen können, spüren wir alle. Studiendaten belegen, dass die Lichtwahrnehmung durch das menschliche Auge nicht nur unseren Biorhythmus, sondern ganz erheblich auch die Stimmung beeinflusst. Vermittelt wird dies offensichtlich über die Ausschüttung von Hormonen im Gehirn, den so genannten Hypocretin/Orexin-Neuropeptiden.

Bis zu 10% der Bevölkerung leiden im Winter an einer saisonalen Depression, wobei Frauen viermal häufiger davon betroffen sind als Männer. Antriebsarmut, ein verstärktes Schlafbedürfnis, Heißhungerattacken und Lust auf Süßes (und das auch noch in der Weihnachtszeit 😉) und in der Folge die typische, aber unerwünschte Gewichtszunahme sind die Nebenwirkungen.

Einige Studien sprechen dafür, dass Nachtmenschen („Eulen") eher von der Winterdepression betroffen sind als die gewohnheitsmäßigen Frühaufsteher („Lerchen").

Die Lichttherapie der saisonalen Depression wurde erstmalig 1982 beschrieben.[1] Mittlerweile gibt es zahlreiche Studien, die ihre Wirksamkeit in der Therapie belegt haben. Gerade in den skandinavischen Ländern stellt die Lichttherapie mittlerweile einen Standard dar und wird bewusst auch präventiv angewandt, um eine Winterdepression zu vermeiden. Bei Betroffenen, die bereits einmal eine Winterdepression hatten, scheint die Lichttherapie tatsächlich präventiv zu wirken.[2]

Und auch zur Therapie der nicht-saisonalen Depression wird mittlerweile die Lichttherapie eingesetzt. Eine Arbeitsgruppe der Universität von British Columbia in Vancouver hat dazu eine bahnbrechende Studie durchgeführt: In dieser verglich man bei 122 Patienten mit

einer Depression von mindestens moderatem Schweregrad zwei Therapieoptionen: erstens die Wirksamkeit einer Lichttherapie (täglich 10.000 Lux für 30 Minuten) im Vergleich zu einer angeblichen „Ionenquelle" (es handelte sich um ein abgeschaltetes Gerät zur Schein-Therapie quasi als Placebo), zweitens die Wirksamkeit von Fluoxetin 20 mg, einem modernen Antidepressivum, gegen Placebo.[3]

In einem „2×2 factorial design" wurden alle Patienten zweimal ausgelost: Auf Lichttherapie gegen Schein-Therapie und auf Fluoxetin gegen Placebo. Über 8 Wochen wurde der Therapieerfolg mit dem Montgomery-Åsberg Depressions-Bewertungs-Score (MADRS) ausgewertet.

Das beeindruckende Ergebnis: Lichttherapie allein verbesserte den MADRS Depressions-Score um 13,4 Punkte, Fluoxetin dagegen nur um 8,8 Punkte, die Kombination aus Lichttherapie und Fluoxetin um 16,9 Punkte sowie die Kombination aus Schein-Therapie und Placebo um 6,5 Punkte. Diesen Placeboeffekt muss man sozusagen von den therapeutischen Effekten abziehen.

Interessant ist, dass wie in früheren Studien das Antidepressivum Fluoxetin im Vergleich zu Plazebo nur geringfügig überlegen war. Deutlich besser Schnitt im direkten Vergleich die Lichttherapie ab. Am besten war die Kombinationstherapie aus Licht und Fluoxetin.

Doch zurück zur Prävention der Winterdepression: Der Einsatz einer Tageslichtlampe mit 10.000 Lux täglich für 30 Minuten hat sich hier als wirksam erwiesen. Am besten wendet man die Lichttherapie am Morgen an. Dabei sollte die Lampe aus kürzerer Distanz von 30-50 cm indirekt von der Seite in die Augen leuchten, man sollte nicht direkt hineinschauen.

Zur Vermeidung von Kopfschmerzen empfiehlt es sich zu Beginn, über einige Tage die Zeitdauer von anfangs 10 Minuten pro Tag auf schließlich 30 Minuten zu steigern. Kontraindikationen gibt es nur wenige: Eine wichtige Gegenanzeige wäre das Vorliegen einer bipolaren Störung (manisch-depressive-Erkrankung), denn die Lichttherapie könnte einen manischen Schub auslösen.

Es gibt eine ganze Reihe von handelsüblichen Lampen zur Lichttherapie. Sie senden ein helles, weißes Licht aus, jedoch keine UVB- oder UVA-Strahlen, sodass keine Gefahr für Hautschäden besteht. Die modernen Lampen haben eine LED-Beleuchtung mit geringem Energieverbrauch und erreichen sofort die volle Lichtleistung von 10.000 Lux. Wir empfehlen bei Prevention First keine Produkte, aber unter folgendem Link finden Sie eine unabhängige, vergleichende Bewertung verschiedener Lampen: https://www.vergleich.org/tageslichtlampe/

Zumindest ein bisschen „Sonne" zur Stimmungsaufhellung kann man sich damit an trüben Tagen am besten gleich zum Frühstück in die Wohnung holen. «

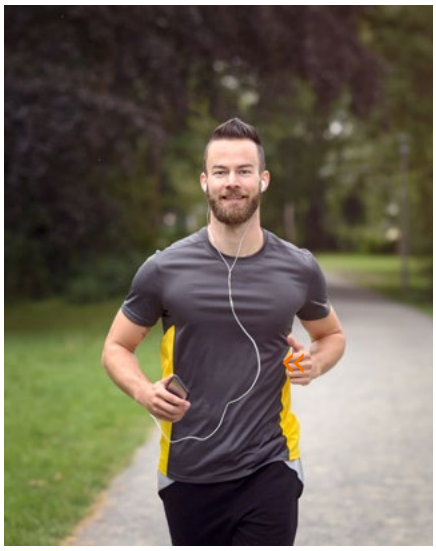
Quellen:
1) Lewy AJ et al., Am J Psychiatry. 1982; 139:1496–1498
2) Partonen T, Lonqvist J. Psychol Med. 1996; 26:1075–1080
3) Lam, RW et al., JAMA Psychiatry. 2016; 73:56-63. doi:10.1001/jamapsychiatry.2015.2235
4) Meesters Y, Psychology Research and Behavior Management 2016:9 317–327

SCHLAGANFALLRISIKO: GENETIK ODER LEBENSSTIL?

In Großbritannien läuft eine riesige Studie, die UK Biobank Study, an der mehr als 300.000 Menschen teilnehmen, deren Genom vollständig sequenziert wurde. Die Teilnehmer im Alter von 40–73 Jahren wurden in dieser Studie nun im Hinblick auf ihr Schlaganfallrisiko analysiert. Zum einen bildete man einen genetischen Risikoscore, zum anderen bewertete man vier gesunde Lebensstilfaktoren: Nichtrauchen, keine Adipositas (BMI <30), eine „gesunde Ernährung" und mindestens 150 Minuten moderate körperliche Aktivität pro Woche.

Ein ungünstiger, genetischer Risikoscore steigerte das Schlaganfallrisiko um 35%, ein ungesunder Lebensstil (nur 0 oder 1 von 4 gesunden Lebensstilfaktoren) dagegen um 66%. Kamen ungünstige Genetik und ein schlechter Lebensstil zusammen, war das Risiko sogar mehr als verdreifacht.

Bemerkenswert ist, dass ein ungünstiger, genetischer Risikoscore in Kombination mit einem gesunden Lebensstil (4 Punkte) nur zu



einem 44% höheren Risiko führte, wohingegen bei einem günstigen, genetischen Risikoscore der ungesunder Lebensstil das Risiko um 84% steigerte.

Fazit für Prevention First: An den Genen kann man nichts ändern, am Lebensstil aber schon. Ein gesunder Lebensstil kann einen großen Teil der möglicherweise negativen genetischen Veranlagung kompensieren. Und dieses Potenzial sollte man frühzeitig nutzen, dann es geht nicht nur um den Schlaganfall, sondern auch beispielsweise um das Risiko für eine Demenz! «

Quelle: Rutten-Jacobs LCA et al., BMJ 2018;363:k4168, http://dx.doi.org/10.1136/bmj.k4168

BUTTER ODER KOKOSÖL? WARUM NICHT ALLE GESÄTTIGTEN FETTE GLEICH SIND

von Dr. Antonia Kolle, Prevention First Frankfurt

Den gesättigten Fetten wird nicht selten pauschal unterstellt, „gefährlich" zu sein. Einmal abgesehen davon, dass man für diese Aussage immer die Frage stellen müsste, „gefährlich im Vergleich wozu?", ist schon länger bekannt, dass nicht alle gesättigten Fette dieselben Effekte auf die Cholesterinwerte haben.

Schon im letzten PF Journal waren wir auf die Stabilität verschiedener Öle in einer gesundheitsbewussten Küche eingegangen, wobei Olivenöl und Kokosöl besonders gut abgeschnitten hatten.

Eine aktuelle Arbeit aus Großbritannien hat nun untersucht, welche Auswirkungen Butter, Kokosöl oder natives Olivenöl extra auf die Cholesterinwerte und andere Risikomarker haben.

Die Studie entstand im Rahmen einer Gesundheitssendung der BBC mit dem Titel „Trust me – I am a doctor", die bestimmte populäre Gesundheitsthemen auf den Prüfstand stellt.

Für die Studie wurden 94 gesunde Männer und Frauen im Alter von 50-75 Jahren über die Website der BBC rekrutiert und sollten über vier Wochen im Rahmen ihrer normalen Ernährung den Schwerpunkt auf ein bestimmtes Fett oder Öl legen. Sie wurden dazu auf drei Gruppen ausgelost. Die Teilnehmer verzehrten entweder täglich 50 g natives Kokosöl, 50 g Butter oder 50 g natives Olivenöl extra. Vor Beginn und am Ende der Studie erfolgte eine Bestimmung der Cholesterinwerte sowie weiterer Risikomarker.

Als Referenzwert zum Vergleich wurde das als besonders gesund geltende Olivenöl herangezogen. Auch wenn Butter und Kokosöl beide überwiegend gesättigte Fette enthalten, beeinflussten sie den Spiegel des „bösen" LDL-Cholesterins sehr unterschiedlich: Im Vergleich zu Olivenöl stieg er bei Butter deutlich an, blieb bei Kokosöl jedoch weitgehend unverändert.

Gleiches galt für das non-HDL-Cholesterin, in dem zusätzlich zum LDL-Cholesterin auch die fettreichen Lipoproteine (VLDL, Chylomikronen-Remnants) enthalten sind. Nur bei verstärktem Butterverzehr stieg das non-HDL-Cholesterin an, nicht jedoch bei Kokosöl. Kokosöl senkte auch am stärksten den Entzündungswert CRP.

Und schließlich führte Kokosöl nicht nur im Vergleich zur Butter, sondern auch zum Olivenöl zu einem signifikanten Anstieg des „gefäßschützenden" HDL-Cholesterins. Verantwortlich gemacht wird hierfür die in Kokosöl enthaltene Laurinsäure. Dabei handelt es sich um eine kürzerkettige, gesättigte Fettsäure mit nur 12 Kohlenstoffatomen (C12:0). Die Butter dagegen enthält vor allem Palmitinsäure (C16:0), die ungünstigere Effekte auf die Cholesterinwerte ausübt.

Fazit für Prevention First: Kokosöl enthält zwar fast ausschließlich gesättigte Fette, jedoch offensichtlich die günstigeren davon. Es hat im Vergleich zur Butter positive Effekte auf die Cholesterinwerte und ist neben dem Olivenöl eine gleichwertige, gesunde Alternative zum Kochen und Backen. «

Khaw K-T et al. BMJ Open 2018;8:e020167.
doi:10.1136/bmjopen-2017-020167

OMEGA-3-FETTSÄUREN ZUM HERZSCHUTZ? EINE DIFFERENZIERTE BETRACHTUNG LOHNT SICH!

Was bringt eine Nahrungsergänzung mit Omega-3-Fettsäuren? Und wenn sie etwas bringt, für wen wäre sie zu empfehlen? Die lang erwarteten Resultate der zu diesen Fragestellungen durchgeführten Studien

VITAL und **REDUCE-IT** wurden Anfang November auf dem Kongress der American Heart Association vorgestellt.

WIRKUNGSWEISE

Die langkettigen Omega-3-Fettsäuren EPA und DHA sind essenziell im menschlichen Stoffwechsel, das heißt der Körper kann sie nicht selbst herstellen. Sie finden sich in Zellmembranen beispielsweise am Herzen und stabilisieren den Herzrhythmus. Darüber hinaus haben Sie entzündungshemmende und gerinnungshemmende Eigenschaften und verbessern die Insulinsensitivität.

Omega-3-Fettsäuren müssen entweder über Fisch aufgenommen werden oder im Stoffwechsel (mühsam) aus pflanzlichen Omega-3 Quellen wie Rapsöl, Leinöl, Leinsamen oder Walnüssen zu langkettigen Omega-3-Fettsäuren aufgebaut werden, was nur begrenzt möglich ist. Auch hochdosierte α-Linolensäure aus Leinöl – so eine vor kurzem veröffentlichte, experimentelle Studie – kann den Anteil langkettiger Omega-3-Fettsäuren nicht relevant steigern, sondern bestenfalls eine Minimalversorgung gewährleisten. Hinweis für Vegetarier und Veganer: Auch die Fische stellen Ihre Omega-3-Fettsäuren aus dem Verzehr von Algen her, und es sind mittlerweile aus Algen hergestellte Omega-3-Präparate erhältlich.

Schon lange ist aus experimentellen Untersuchungen und aus einer großen Herzinfarkt-Studie namens GISSI-PREVENZIONE bekannt, dass Omega-3-Fettsäuren in einer Dosis von 1 g/Tag das Risiko für schwere Herzrhythmusstörungen nach einem Herzinfarkt senken und damit die Überlebenswahrscheinlichkeit verbessern können.

In höherer Dosis haben Omega-3-Fettsäuren Effekte auf die Leberverfettung und den Fettstoffwechsel: Sie verbessern die Insulinwirksamkeit und können darüber die Triglyceride und das non-HDL-Cholesterin signifikant senken, zwei wichtige Risikofaktoren für Herzinfarkt und Schlaganfall. Bisher war unklar, ob dies auch zu einer verminderten Ereignisrate an Herzinfarkt, Schlaganfall und Tod führt.

VITAL

An VITAL nahmen 25.871 gesunde US-Amerikaner im Durchschnittsalter von 67 Jahren teil. Sie wurden in einem 2 x 2 Design auf die Gabe von 1 g Omega-3-Fettsäuren versus Plazebo und auf die Gabe von 2000 Einheiten Vitamin D pro Tag versus Plazebo ausgelost. (Über die Resultate zu Vitamin D und Krebs berichten wir separat). Es ergab sich über die Beobachtungszeit von gut 5 Jahren für Omega-3-Fettsäuren bezogen auf die Gesamtsterblichkeit bzw. auf den zusammengesetzten Endpunkt aus Herzinfarkt, Schlaganfall oder Tod kein signifikanter Unterschied zu Plazebo. Lediglich in der Subgruppen-Analyse für den Herzinfarkt fand man eine 28%ige Risikoreduktion (Relatives Risiko 0.72, 95% CI, 0.59-0.90).

Doch die spannenden Daten finden sich wieder einmal im Online-Anhang: Berücksichtigte man die Ausgangsversorgung mit Omega-3-Fettsäuren, die über ein Ernährungsprotokoll erhoben wurde, dann hatten diejenigen, die weniger als 1,5 Portionen Fisch pro Woche verzehrten sowohl beim primären Endpunkt (-19%) als auch beim sekundären Endpunkt Herzinfarkt (-40%) einen signifikanten Benefit, wohingegen diejenigen, die ausreichend Fisch verzehrten, nicht profitierten.

REDUCE-IT

REDUCE-IT schloss 8.179 Personen nach einem Herzinfarkt oder Schlaganfall bzw. bei Vorliegen von Diabetes und weiteren Risikofaktoren ein. Das Besondere: Die Patienten wurden alle mit einem Statin behandelt und mussten ein optimal abgesenktes „böses" LDL-Cholesterin im Bereich von 40-100 mg/dl (Mittelwert 74 mg/dl) und gleichzeitig erhöhte Triglyceride (Neutralfette) im Bereich von 150-500 mg/dl (Mittelwert 216 mg/dl) aufweisen.

Trotz optimaler Senkung des LDL-Cholesterins erlitt im Verlauf von 5 Jahren in der Plazebogruppe mehr als jeder Fünfte (22%) ein Herz-Kreislauf-Ereignis. Dieses sogenannte „Restrisiko" mit 2 x 2 g Eicosapentaensäure pro Tag zu senken, war das Ziel von REDUCE-IT.

Die Ergebnisse waren selbst für die Studienautoren verblüffend: Es zeigte sich eine hochsignifikante, relative Risikoreduktion von 25%, die einer absoluten Risikoreduktion von 4,8% entsprach. Auf Deutsch: Nur 21 Patienten müssten über 5 Jahre dieses hochdosierte Omega-3-Präparat einnehmen, um einen Herzinfarkt, Schlaganfall oder Todesfall zu vermeiden. Dies gilt in der Pharmakologie als eine extrem günstige „Number Needed to Treat" NNT.

Worauf ist dieses überraschend positive Ergebnis zurückzuführen: Im Unterschied zu VITAL, in der eine niedrige Dosis von Omega-3-Fettsäuren als Fischölkapseln gegeben wurde, wurde in REDUCE-IT für eine sehr spezielle Zielgruppe mit hohem Risiko etwa die 5-fach Omega-3-Dosis als hochgereinigte Eicosapentaensäure eingesetzt.

Neben der Senkung der Triglyceride und des non-HDL-Cholesterins vermuten die Autoren, dass hochdosierte Omega-3-Fettsäuren auch gerinnungshemmende Effekte aufweisen, die die Gerinnselbildung als Auslöser von Herzinfarkten und Schlaganfällen unterdrücken. Dafür spricht, dass es in der Omega-3-Gruppe einen leichten Anstieg von nicht tödlichen Blutungskomplikationen gab, ähnlich beispielsweise wie bei Aspirin.

Fazit für Prevention First: Menschen mit niedrigem Herz-Kreislauf-Risiko, die regelmäßig 2-3 Portionen fetten Fisch (z.B. Sardinen, Hering, Makrele, Widlachs oder Lachs) pro Woche verzehren, brauchen keine Omega-3-Fettsäuren als Nahrungsergänzung einzunehmen.
Wer dagegen Fisch nicht ausstehen kann oder im Durchschnitt weniger als 1,5 Portionen pro Woche verzehrt und dies nicht ändern will oder kann, sollte gemäß den VITAL-Daten über eine Supplementierung mit langkettigen Omega-3-Fettsäuren in einer Dosierung von 1 g/Tag nachdenken.
Diejenigen allerdings, die im Prevention First-Check-up als Prä-Diabetiker und Typ 2-Diabetiker mit Fettleber, hohem non-HDL-Cholesterin und hohen Triglyceriden sowie vorgeschädigten Gefäßen diagnostiziert wurden, können sehr wahrscheinlich von einer hochdosierten Gabe von Omega-3-Fettsäuren (2 x 2 g Eicosapentaensäure) profitieren. Es steht zu erwarten, dass diese Empfehlung bald in die kardiologischen Leitlinien übernommen wird.
Die Börse sieht das jedenfalls sehr positiv: Der Vascepa®- Hersteller Amarin legte bereits vor Bekanntgabe der Studiendaten Ende September einen Kurssprung von >500% auf das Börsenparkett. «

Realtime Lang & Schwarz

Geldkurs 10:53:56	Briefkurs 10:53:56
13,000 EUR	13,633 EUR
367 Stk.	367 Stk.

NEU Realtimekurs im Popup öffnen

Aktienkurs Amarin A0NBNG |

Börsenplatz	Tradegate
Letzter Kurs	12,800 EUR
Performance	-6,57 %
Kurszeit	10:53:37
Eröffnung	13,500 EUR
Tageshoch	14,300 EUR
Tagestief	12,800 EUR
Vortageskurs	13,700 EUR
Volumen	4,29 Tsd. Stk.
52-Wochen Hoch	22,800 EUR
52-Wochen Tief	2,060 EUR
Anzahl Trades	14
Performance 1 Monat	+3,53 %
Performance 1 Jahr	+482,40 %

SENKT VITAMIN D DAS KREBSRISIKO? VITAL BLEIBT DIE ANTWORT SCHULDIG

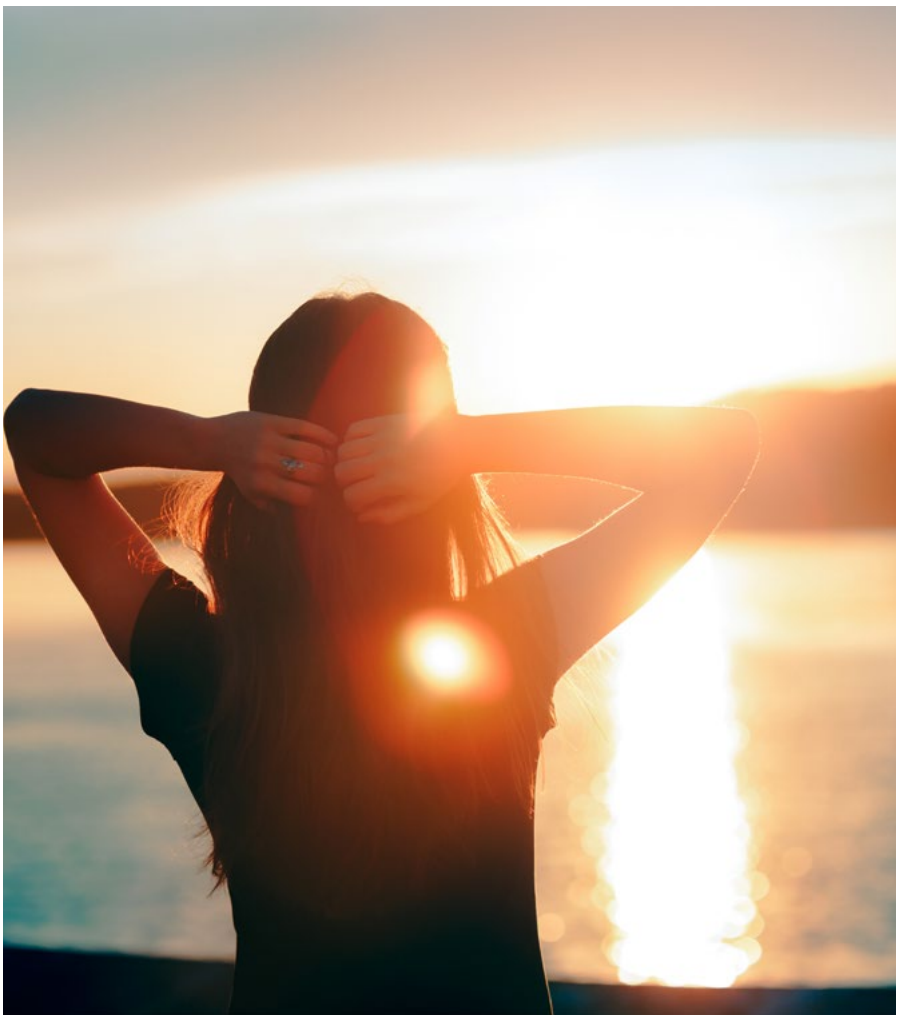
Vitamin D ist bekanntlich kein Vitamin, sondern wurde bei seiner Entdeckung 1926 durch den Göttinger Biochemiker Alfred Windaus nur versehentlich in die Reihe der Vitamine eingeordnet. Seit längerem weiß man, dass Vitamin D ein Hormon ist, welches auf Zellkernebene bestimmte Gene an- oder ausschalten kann, je nach Organ unterschiedlich. Deshalb konnten die Molekulargenetiker die Wirkungen von Vitamin D sehr spezifisch bezogen auf verschiedene Organfunktionen untersuchen: Zu ihnen zählen unter anderem die Stärkung der Herzmuskelkraft (in einer plazebokontrollierten Studie bei Patienten mit Herzschwäche bewiesen!), die Stärkung der Infektabwehr, die Verbesserung der Knochengesundheit und auch eine Hemmung des Wachstums von Krebszellen.

Die VITAL-Studie, über die wir oben im Zusammenhang mit den Omega-3-Fettsäuren bereits berichtet haben, untersuchte in einer zweiten Fragestellung, ob die Gabe von 2000 Einheiten Vitamin D pro Tag im Vergleich zu Plazebo die Häufigkeit für Krebs und Herz-Kreislauf-Ereignisse senken kann.

Das Ergebnis war oberflächlich betrachtet zunächst negativ: Es kam unter der Gabe von Vitamin D weder zu einer geringeren Zahl an Herzinfarkten und Schlaganfällen noch zu einer geringeren Anzahl neuentdeckter Krebsfälle.

Bemerkenswert ist allerdings, dass die Anzahl an Krebstodesfällen in der Vitamin D-Gruppe signifikant um 25% niedriger lag (RR 0.75, 95%CI 0.59–0.96), wenn man die beiden ersten Jahre ausklammerte. Dies macht insofern Sinn, als Krebstodesfälle in den beiden ersten Jahren mit hoher Wahrscheinlichkeit auf bereits bestehende, nicht jedoch auf neu aufgetretene Krebsfälle zurückzuführen waren. Bezog man gar die Krebstodesfälle ausschließlich auf solche, in denen die Krebsart genauer in der Krankenakte festgehalten wurde, dann ergab sich eine signifikante Risikoreduktion um 37%.

Unverständlich ist für mich, dass diese Auswertungen nicht vorab im Studienprotokoll vorgesehen wurden, sodass Sie „offiziell" nicht in die Veröffentlichung, sondern nur in den Anhang aufgenommen werden konnten. Dieses Versäumnis ist wahrlich kein Ruhmesblatt für die Harvard-Forscher, die VITAL geplant haben ...



Eine weitere wichtige Frage wird ebenfalls nur im Anhang beantwortet: Wenn man eine Vitamin D-Studie macht, dann ist der Ausgangswert des Vitamin-D-Spiegels vor Beginn der Studie natürlich enorm wichtig, denn ein erhöhtes Krebsrisiko hatte sich in den epidemiologischen Studien ja nur bei den Menschen gezeigt, die einen Vitamin D-Mangel hatten.

In der VITAL-Studie lag der Vitamin-D-Spiegel vor Studienbeginn im Durchschnitt bei 31 ng/ml, was als ausreichende Vitamin D-Versorgung gilt. Nur magere 12,7% der Teilnehmer hatten einen Vitamin-D-Mangel von <20 ng/ml. In dieser kleinen Gruppe war wiederum die Fallzahl von Krebserkrankungen zu gering, um eine aussagefähige statistische Analyse durchführen zu können.

Grundsätzlich gebe ich zu bedenken, dass die meisten US-Amerikaner südlich des 42. Breitengrades leben, sodass dort ganzjährig die Vitamin D-Bildung über die Sonnenbestrahlung der Haut möglich ist. Dies ist eine völlig andere Situation als bei uns auf dem 50. Breitengrad, wo von etwa Mitte Oktober bis Ende März keinerlei Vitamin D-Bildung über die

Haut erfolgen kann, weil der Einfallswinkel der Sonnenstrahlen zu flach ist.

Eine Studie wie VITAL hätte man also besser in Kanada oder Norwegen durchgeführt, um die weiterhin relevante Frage zu beantworten, ob der Ausgleich eines bedeutsamen Vitamin-D-Mangels das Krebsrisiko senken kann.

Betrachtet man die Prevention First-Daten, dann lagen bei uns im ersten Jahr der Einführung der Vitamin D-Messung ab 2010 mehr als 50% der Patienten und damit viermal so viele wie in VITAL im Bereich eines Vitamin-D-Mangels von <20 ng/ml.

Im Winterhalbjahr liegt in Deutschland bei unbehandelten Menschen der durchschnittliche Vitamin-D-Spiegel bei 12 ng/ml. Dies ist ein Bereich, in dem bei Frauen das Osteoporose-Risiko deutlich ansteigt. Außerdem ist die Häufigkeit von Erkältungskrankheiten im Winter bei Ausgleich eines solchen Vitamin-D-Mangels deutlich geringer, was ein weiteres Argument für die Supplementation ist, natürlich auch aus Sicht der Arbeitgeber. Bei guter Vitamin D-Versorgung werden die Fehlzeiten vermutlich abnehmen.

Fazit für Prevention First: Aufgrund der landesweiten Rekrutierung der Patienten auch aus den „Sonnenschein-Staaten" der USA gab es in der VITAL-Studie nur wenige Menschen mit einem relevanten Vitamin-D-Mangel. Insofern ist der fehlende Schutzeffekt von Vitamin D nicht auf deutsche Verhältnisse übertragbar. Wenn bei den allermeisten Teilnehmern gar kein Vitamin D-Mangel vorlag, darf man auch nicht erwarten, dass die Vitamin D-Gabe einen Benefit bringen sollte.
Ob das Krebsrisiko bei Anhebung niedriger Ausgangswerte von <20 ng/ml auf einen normalen Spiegel von >30 ng/ml tatsächlich gesenkt werden kann, konnte die VITAL-Studie aufgrund einer zu geringen Zahl an Teilnehmern mit Vitamin-D-Mangel nicht beantworten.
In jedem Fall war die Gabe von 2000 Einheiten Vitamin D pro Tag über mehr als 5 Jahre in der VITAL-Studie sicher. Es gab keine signifikant erhöhten Nebenwirkungen und lediglich eine signifikante Schutzwirkung (16% weniger Magenblutungen in der Vitamin D-Gruppe).
Angesichts der hohen Rate von Vitamin D-Mangel bei unseren eigenen Patienten, der gesicherten Wirksamkeit zur Osteoporoseprävention bei Frauen, der signifikanten Wirksamkeit zur Erkältungsprävention und der weiterhin gegebenen Wahrscheinlichkeit eines verminderten Krebsrisikos bei Ausgleich eines bedeutsamen Vitamin-D-Mangels empfiehlt Prevention First, in Deutschland weiterhin im Winterhalbjahr ausreichend Vitamin D einzunehmen.
Die empfohlene Dosis kann 2000 Einheiten/Tag oder als einfachere Lösung 20.000 Einheiten/Woche betragen. Bei stark übergewichtigen Menschen muss die Dosierung erhöht werden. Bei geringem Körpergewicht reichen evtl. bereits 1000 Einheiten/Tag aus. Diese Dosierungen sind allesamt sicher und praktisch nebenwirkungsfrei. «

„YOU CAN'T OUTRUN A BAD DIET!" WARUM DIE SNAP-STUDIE SCHEITERN MUSSTE

Immer wieder hören wir die Frage, ob man denn durch Steigerung der sportlichen Aktivitäten nachhaltig abnehmen könne. Nach aktueller Studienlage sind dazu ohne Veränderung der Ernährungsgewohnheiten mindestens 7 Stunden Sport pro Woche notwendig. Dieser zeitliche Umfang ist sicherlich für die meisten Berufstätigen eher ein utopisches Ziel.

Eine andere Frage, ob man durch eine Steigerung der körperlichen Aktivität in Verbindung mit täglichem Wiegen einer Gewichtszunahme vorbeugen kann, hat man in der SNAP-Studie untersucht, die an 599 jungen Erwachsenen im Alter von ca. 27 Jahren durchgeführt wurde. [1,2] Die Teilnehmer hatten sich freiwillig zur Teilnahme gemeldet. Im Durchschnitt waren sie bereits leicht übergewichtig (BMI 25,4 ± 2,6 kg/m²), ansonsten aber gesund.

Sie wurden auf 3 Gruppen ausgelost: Gruppe 1 sollte kleine Veränderungen durchführen (100 kcal am Tag beim Essen einsparen und 2000 Schritte mehr gehen). Gruppe 2 bekam das Ziel, 3-4 kg abzunehmen und pro Woche mehr als 4 Stunden sportlich aktiv zu werden. In beiden Gruppen wurden über 8 Wochen wöchentliche Schulungen durchgeführt, danach erfolgten die Sitzungen alle 2 Monate, im weiteren Verlauf dann zweimal über einen online-Refresher-Kurs.

Die Teilnehmer in Gruppe 3 erhielten lediglich eine einmalige Einführung in eine allgemein gesunde Lebensweise, bekamen den Ratschlag auf ihr Gewicht zu achten, wurden dann aber sich selbst überlassen.

Zu Beginn, nach 4 Monaten, nach einem, zwei und nach drei Jahren wurden jeweils das Gewicht und auch objektiv die tägliche körperliche Aktivität über einen Fitness-Tracker am Armband gemessen.

Die Ergebnisse waren sehr enttäuschend: Zwischen Gruppe 1 (kleine Veränderungen) und Gruppe 2 (große Veränderungen) gab es trotz der verschiedenen Zielsetzungen keinen signifikanten Unterschied bei der tatsächlich umgesetzten körperlichen Aktivität. Nicht einmal die Teilnahmequote an den Gruppensitzungen machte für die Frage einen Unterschied, ob man regelmäßig sportlich aktiv wurde.

Auch der Gewichtsverlauf war enttäuschend: Wie die Abbildung zeigt, war zwar der anfängliche Gewichtsverlust in der intensiven Gruppe

etwas größer, nach 3 Jahren blieb davon aber fast nichts mehr übrig. Die Differenz zwischen der Kontrollgruppe und der intensiven Gruppe betrug nur gut 1 kg, zwischen der Gruppe mit „kleinen Veränderungen" und der Kontrollgruppe nicht einmal 500 g.

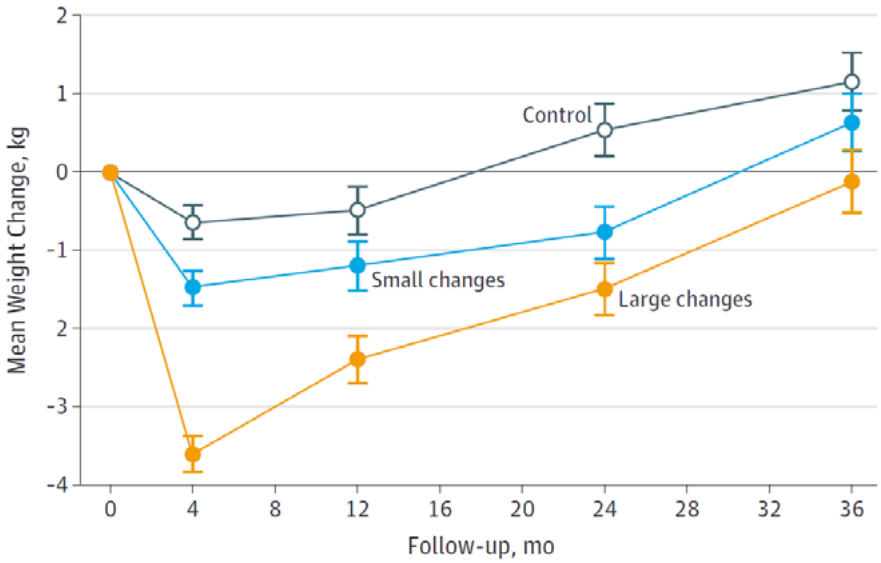
Woran kann das liegen? Wie das Zitat von Prof. Tim Noakes aus Südafrika im Titel schon sagt, kann man „eine schlechte Ernährung nicht durch mehr Sport kompensieren". Die Ernährungsempfehlungen in dieser Studie waren aus meiner Sicht falsch: Den Teilnehmern wurde zum „Kalorienzählen" und zur „Verkleinerung der Portionsgrößen" geraten. Das tägliche Wiegen sollte die Essgewohnheiten disziplinieren. Also ganz die klassische Denkweise, die mittlerweile als überholt gilt.

Wie Sie aus den „ 5 Ernährungsregeln nach dem Prevention First-Prinzip" wissen, wird das Sättigungsgefühl durch die Dehnung der Magenwand ausgelöst.

» Der Magen gibt erst dann Ruhe, wenn er ausreichend gefüllt ist. Sattessen ohne zuzunehmen funktioniert, wenn man auf eine niedrige Energiedichte der Mahlzeiten achtet (<125 kcal/100 g). Dies erreichen Sie über einen hohen Anteil wasserreicher Lebensmittel (viel Gemüse, Salat, moderat Obst).
» Ein hoher Eiweißanteil der Mahlzeiten sorgt dann dafür, dass sich der Magen erst später wieder entleert und das Gefühl der Sattheit länger anhält. Länger satt = später Hunger, damit kommt man mit weniger Kalorien rund um die Uhr.
» Menschen mit einer Insulinresistenz sollten außerdem den Kohlenhydratanteil deutlich reduzieren, da bei Ihnen durch verminderte Wirksamkeit des Insulins die Insulinspiegel im Blut bei Kohlenhydratzufuhr überproportional ansteigen und die Fettverbrennung hemmen.

Wenn man diese drei Prinzipien beachtet, die in der Flexi-Carb-Pyramide umgesetzt wurden, kann man sein Gewicht stabil halten oder bei Übergewicht sogar gut abnehmen. Unterstützt wird dies alles dann durch regelmäßige sportliche Aktivitäten und vor allem den Muskelaufbau durch Krafttraining.

Figure 2. Mean Weight Changes Over Time by Intervention Assignment



Bei jedem Essen die Kalorien zu zählen und täglich auf die Waage zu starren ist dagegen keine erfolgversprechende Strategie, wie die SNAP-Studie gezeigt hat. «

1. Unick JL, Lang W, Williams SE, et al. Objectively-assessed physical activity and weight change in young adults: a randomized controlled trial. Int J Behav Nutr Phys Act 2017; 14(1): 165.
2. Wing RR, Tate DF, Espeland MA, et al. Innovative Self-Regulation Strategies to Reduce Weight Gain in Young Adults: The Study of Novel Approaches to Weight Gain Prevention (SNAP) Randomized Clinical Trial. JAMA Intern Med 2016; 176(6): 755-62.

KRAFTTRAINING TEIL 5: STEPUP

von Eric Koletzki, Prevention First Frankfurt

Im folgenden Artikel möchten wir Ihnen eine einfache Kraftübung für die untere Extremität ans Herz legen. Sie können diese jederzeit zuhause mit einfachsten Hilfsmitteln durchführen und bei Bedarf durch Zusatzgewichte intensivieren.

Beim sogenannten Aufsteigen oder StepUp beginnen Sie das Training im Stehen. Dabei ist

wie immer auf eine aufrechte Position in gerader Linie von Kopf bis Ferse zu achten, d.h. auch Spannung im Po, Bauch und „Schultern weg von den Ohren".

Sie positionieren den rechten Fuß z.B. auf einer stabilen Bank. Die Höhe der Bank sollte in etwa zu einer parallelen Ausrichtung des Oberschenkels zum Boden bzw. um ca. 90 Grad Winkel in der Hüfte führen. Je niedriger der gewählte Gegenstand, desto leichter wird die Übung.

Aus dieser Ausgangsposition steigen Sie möglichst ohne Abstoßen des linken Beins ausschließlich durch die Beinkraft des rechten Beins auf z.B. die Bank und betonen am

Ende der Übung bewusst die volle Streckung im Knie und in der Hüfte beidseits. Auch die Wade sollte dabei gezielt mit aktiviert werden. Die Endposition ist nun wieder der aufrechte Stand mit geschlossenen Beinen. Hiernach

steigen Sie mit dem gleichen Bein sehr kontrolliert und möglichst langsam bremsend wieder ab in die Ausgangsposition, d.h. ohne sich fallen zu lassen, und führen die gleiche Bewegung nun mit dem linken Bein aus.

Diese Übung aktiviert nicht nur die Beine, sondern auch den Rumpf. Die Körpermitte muss die einseitig wirkende Kraft ausgleichen, um gerade zu bleiben. So wird Ihre Stabilität gefördert.

Spürbar stärker belastet sind natürlich die Beine im Sinne der vorderen und hinteren Oberschenkelmuskulatur sowie der Gesäßmuskeln. Es sollte darauf geachtet werden, dass das Knie zu keiner Zeit nach innen knickt

und beim Aufsteigen auch bewusst die Abduktoren (Hüftmuskeln zum Abspreizen des Beins nach außen) aktiviert werden. So wird ein Abkippen des Beckens zur Gegenseite und auch Abknicken des Knies nach Innen vermieden.

Für den Alltag schult diese Übung einen sauberen Gang- und Laufstil, verbessert die Fitness und kann gerade in der kalten Jahreszeit auch als vorbereitende Übung für den Wintersport genutzt werden. Wenn Sie die Übung gut kontrollieren können, nehmen Sie in beide Hände ein gleiches Zusatzgewicht und erhöhen so die Intensität bzw. den Trainingsreiz. Sie werden merken, dass auch der Kreislauf wirksam mit trainiert wird! «

HERZ-SPORT-GESUNDHEIT

TEIL 1 – WIE VIEL SPORT BRAUCHT DAS GESUNDE HERZ?

Eine Trilogie von Dr. Renate Michel-Lambertz, Prevention First Rüdesheim

Das Thema Gesundheit und körperliche Aktivität kristallisiert sich immer mehr zu einer ausgesprochen wichtigen Säule in der Patientenberatung heraus. Auch die hartgesottensten schulmedizinischen Skeptiker kommen gegen die Flut von Daten und Fakten nicht mehr an. Und selbst Churchills vielzitierter Spruch „No sports, but whisky" (bei dem sich das englische „sports" übrigens auf Ballsportarten wie Rugby bezog) hält der biographischen Realität nicht stand: Was die meisten nicht wissen ist, dass Churchill zeitlebens körperlich sehr aktiv war.

Was glauben Sie, wann die erste medizinische Fitnessempfehlung ausgesprochen wurde? Vor 100 Jahren, vor 200 Jahren oder gar vor über 2000 Jahren? Diejenigen unter Ihnen, die auf die letzte Möglichkeit getippt haben, haben Recht! Kein anderer als der Urvater der Medizin, Hippokrates, hatte schon um 460 v. Chr. die Notwendigkeit der körperlichen Aktivität zum Erhalt der mentalen und physischen Gesundheit hervorgehoben.

Danach sind über 2000 Jahre verstrichen, bis die erste moderne Studie 1953 an Londoner Busfahrern zeigte, wie sich körperliche Aktivität im Berufsleben auf die Gesundheit auswirkt[1]. Die Kontrolleure, die den ganzen Tag in den Doppeldeckern treppauf treppab unterwegs waren, erlitten um ein Drittel weniger Herzinfarkte als die Busfahrer, die einen komplett sesshaften Berufsalltag hatten.

Der besseren Übersicht zuliebe, möchte ich dieses umfassende Thema in drei Teile untergliedern:

1) Wie viel Sport braucht das gesunde Herz?

2) Das Sportherz. Wann wird Sport gefährlich?

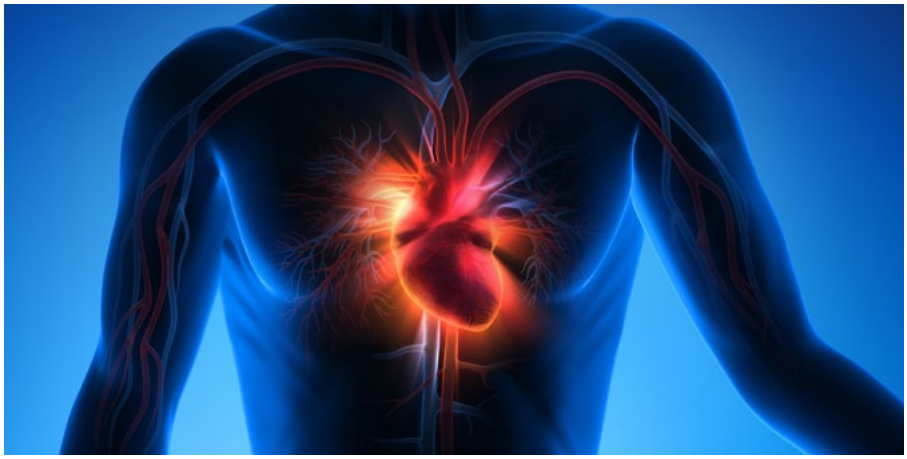
3) Wie viel Sport verträgt das kranke Herz?

WIEVIEL SPORT BRAUCHT DAS GESUNDE HERZ?

Die Schlagworte des amerikanischen Kongresses für Sportmedizin in Denver 2017 waren „Sitzen ist das neue Rauchen!" Aber wie soll man das verstehen?

Es ist hinlänglich bekannt, dass das Rauchen einen erheblichen Risikofaktor für die Gesamtsterblichkeit, wie auch für herzkreislaufbedingten Todesfälle darstellt. Eine wissenschaftliche Studie aus Finnland, die Kuopio-Studie, hatte gezeigt, dass die Risikosteigerung bei einer geringen Fitness im untersten Viertel der Altersklasse gleich hoch ist (Faktor 4!) wie beim Rauchen von 20 Zigaretten pro Tag![2]

Die Errungenschaften der letzten Jahrzehnte haben dazu geführt, dass der Berufs- und Lebensalltag des modernen Menschen sehr bequem geworden ist. Doch dies rächt sich nun! Nicht nur chronische Nackenverspannungen und Bandscheibenvorfälle sind die Folge von überwiegend sitzender Tätigkeit, sondern auch eine Verdoppelung des Risikos für Herz- und Kreislauferkrankungen, eine Verschlechterung der Stoffwechselvorgänge, insbesondere durch verringerte Fettverbrennung und die Neigung zu Krampfadern und Thrombosen. Nicht zuletzt wird eine Abnahme der Konzentrations- und Aufnahmefähigkeit sowie depressive Verstimmung bis hin zum Burnout durch Sitzen begünstigt.



Eine jüngst erschienene Studie hatte den Bezug zwischen körperlicher Aktivität, der Dauer des Sitzens pro Tag und der Sterblichkeit analysiert[3]. Mehr als 8 Stunden Sitzen pro Tag, welches nicht durch körperliche Aktivität ausgeglichen wird, stellt einen relevanten Risikofaktor dar, ähnlich wie Rauchen und Adipositas. Eine Stunde moderate Aktivität pro Tag kann dies ausgleichen.

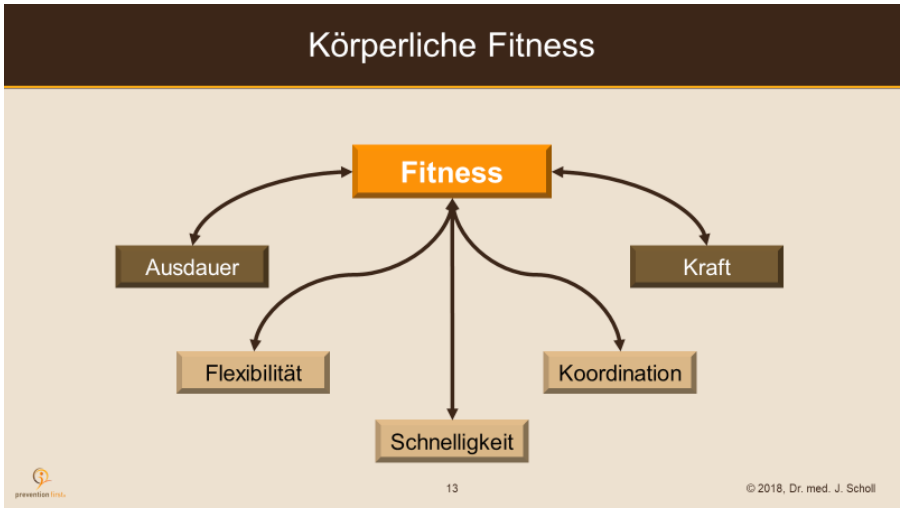
WIE WIRKT SICH KÖRPERLICHE AKTIVITÄT UND SPORT AUF DIE LEBENSERWARTUNG AUS?

Große Datenregister über mehrere Dekaden, so genannte Meta-Analysen, hatten gezeigt, dass eine nur geringe Zunahme der Fitness (um etwa 10%) zu einer Abnahme der gesamten Sterblichkeit um – 13 % sowie zu einer Abnahme der herzkreislaufbedingten Sterblichkeit von – 15 % führt[4].

Eine weitere groß angelegte Studie (400.000 Teilnehmer, über acht Jahre Beobachtungzeit), konnte beweisen, dass bereits 15 Minuten moderate körperliche Aktivität pro Tag eine Senkung der Gesamtsterblichkeit um 14 % und eine Verlängerung der Lebenserwartung um drei Jahre bewirkte[5]. Dabei war der schützende Zugewinn vom ausschließlichen Sitzen zur leichten Belastung deutlich höher, als von der intensiven zur sehr intensiven Belastung. Jede Form von körperlicher Aktivität ist besser als gar keine.

Der optimale Belastungsumfang zur Senkung des Mortalitätsrisikos wurde anhand von großen europäischen und amerikanischen Untersuchungsdaten analysiert[6], und letztendlich von den Fachgesellschaften als 150 Minuten moderates oder 75 Minuten intensives Training pro Woche definiert, dies aufgeteilt auf 3-5 Einheiten pro Woche. Die europäischen Leitlinien für Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen empfehlen sogar das Doppelte dieses Pensums.

Die Realität sieht leider ganz anders aus. Ein Bewegungsmangel liegt vor, wenn die WHO-Vorgabe von mindestens 150 Minuten Bewegung pro Woche oder 75 Minuten Sport pro Woche nicht erfüllt werden. Eine aktuelle weltweite Untersuchung zeigte, dass im globalen Durchschnitt 27,5 % der Erwachsenen einen Bewegungsmangel haben, d.h. jeder Vierte weltweit bewegt sich nicht genug! Auch Deutsche werden immer mehr zu Bewegungsmuffel: 42 % der Deutschen haben einen Bewegungsmangel.



Frauen profitieren in gleicher Weise von Aktivität wie Männer, sie haben jedoch andere Ziele sowie andere Vorlieben und Bedürfnisse. Frauen bevorzugen Aktivitäten, die sich in den Alltag integrieren lassen und sozial sind, und vor allem, die Freude bereiten. Der Leistungsunterschied zwischen Frauen und Männern ist organisch bedingt, durch kleinere Herzgröße, weniger Mitochondrien pro Muskelfasern, kleinere Muskelfaserdurchmesser und letztendlich auch niedrigere Sauerstofftransportkapazität durch weniger rote Blutkörperchen. Diesen Aspekt sollte man bei der harmonischen Gestaltung eines Familienausflugs mit dem Fahrrad unbedingt mitberücksichtigen!

WAS VERSTEHT MAN ÜBERHAUPT UNTER FITNESS?

Unter Fitness versteht man in der Regel die Ausdauerleistungsfähigkeit. Aber auch Muskelkraft, Flexibilität, Koordination und Schnelligkeit gehören dazu.

Die Ausdauerleistung kann man über die Messung der maximalen Sauerstoffaufnahme bei körperlicher Ausbelastung (VO2max) im Rahmen einer Spiroergometrie bestimmen, die Sie von Ihrem Check-up bei uns kennen.

Zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit wird die VO2max auf das Körpergewicht bezogen. Im PF Journal vom März 2018 hatten wir darüber berichtet, dass Prevention First in der Fachzeitschrift BMJ Open aus einem Datensatz von > 10 000 Spiroergometrien Referenzwerte für die Fitness der Deutschen publiziert hat. Diese Referenzwerte wurden mittlerweile auch in der deutschen Zeitschrift für Sportmedizin veröffentlicht.

Die Spiroergometrie ist der Goldstandard in der sportmedizinischen Leistungsdiagnostik und erlaubt über die Bestimmung der Fitness hinaus auch die Ableitung präziser Trainingsempfehlungen, die für die Umsetzung eines Sportprogramms im Alltag sehr hilfreich sind.

Allgemein gilt: Um sich fit zu halten sollte man regelmäßig, richtig, mit Maß und mit Spaß Sport treiben. «

Literatur:
1) Morris JN et al., Lancet 28.11.1953; 2:1111-1120
2) Laukkanen, J A et al.; Arch Int Med 2001; 161: 825-831
3) Ekelund, U et al., Br J Sports Med 2018;52: 1164-1165, published online: 05 January 2018
4) Kodama S et al., JAMA 2009; 301: 2024-2035
5) Wen et al. Lancet 2011; 378: 1244-53
6) Arem H et al., JAMA Intern Med. 2015 Jun;175(6):959-67

DANIEL PLEWS – BESTER AMATEUR

SCHLÄGT AUF HAWAII ZAHLREICHE PROFIS ...

In den beiden vorangegangenen Ausgaben des Prevention First Journals hatte ich Ihnen über aktuelle Studien zur strikt kohlenhydratbeschränkten, ketogenen Ernährung für Ausdauersportler und über meine persönlichen Erfahrungen damit berichtet.

Eine aktuelle Studie zum Ironman Hawaii 2017 beleuchtete die Energieversorgung eines Weltklasse-Athleten (des in 2017 zweitplatzierten Lionel Sanders), eines Top-Amateurs (Daniel Plews) und eines Hobbysportlers, der über 12 Stunden für den Ironman Hawaii brauchte (was immer noch eine fantastische Leistung ist).

Der Sportwissenschaftler Daniel Plews aus Auckland/Neuseeland betreut als Trainer mittlerweile zahlreiche Profi-Triathleten und hat mit seinen beiden Schützlingen Kyle Buckingham (Sieger Ironman Südafrika 2018) und Jan van Berkel (Sieger Ironman Zürich 2018) in diesem Jahr große Erfolge gefeiert.

Noch wesentlich spektakulärer ist aber, was er selbst im Oktober 2018 beim schnellsten Ironman Hawaii aller Zeiten geleistet hat: Daniel Plews landete in der phänomenalen Zeit von 8:24 h als bester Amateur auf Platz 22 mitten im Profifeld und kam sogar noch vor den beiden von ihm trainierten Profis Buckingham und van Berkel ins Ziel. Da kann man mal sehen, was passiert, wenn der „Low-Carb-Trainer" alle seine Erfahrungen selbst umsetzt und dann auch noch den „perfekten Tag" erwischt. Gratulation!

Der Sportwissenschaftler Daniel Plews

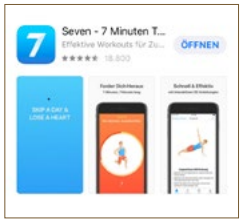
PREVENTION FIRST-TEST: FITNESS APPS

SO MACHEN SIE IHR WOHNZIMMER ZUM FITNESSSTUDIO

von Dr. Elisabeth Dernbach, Prevention First Frankfurt

Fitnessstudios sind nicht unbedingt für jeden geeignet. Manche stören sich an überfüllten Kursen und Wartezeiten an den Geräten, andere stören sich an stöhnenden Übungsnachbarn. Und dann nervt wiederum manche auch noch der Anfahrtsweg, der nicht zuletzt im Winter oft mühsam werden kann.

Für alle, die das heimische Wohnzimmer dem Fitnessstudio vorziehen, gibt es unzählige Workout-Apps. Besonders effektiv für das Home-Workout sind übrigens Übungen, die rein auf dem eigenen Körpergewicht basieren. Wir haben dafür im ersten Teil dieser Serie Apps für das Krafttraining und Ganzkörperworkout getestet und Ihnen die Besten herausgesucht.



„SEVEN – 7 MINUTEN TRAINING“

Das nur sieben Minuten dauernde Workout basiert auf der Annahme, dass ein hochintensives Intervalltraining die gleichen Trainingserfolge erzielt wie ein ausgedehntes Ausdauertraining. Doch sollte man sich von der Kürze der Trainingseinheit nicht täuschen lassen. Die Zirkel-Einheiten bestehen aus 200 verschiedenen Kraft- und Ausdauerübungen wie z.B.: Planks, High-Knees, Crunches, Hampelmänner und Trizeps-Dips. Ein Workout beinhaltet zwölf Übungen à 30 Sekunden. Zwischen jeder Übung sind zehn Sekunden Pause vorgesehen.

Die Seven-App ist kostenlos, jedoch lassen sich durch In-App-Käufe verschiedene Features und Extra-Workouts freischalten. Ein besonderer Anreiz ist die tägliche Trainings-Challenge. Versäumt man ein Training, verliert man ein „Leben“. Nach drei versäumten Tagen muss man wieder bei null anfangen.

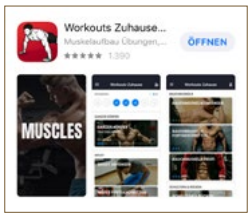
Die Übungen sind absolut verständlich erklärt und leicht ausführbar, sowohl für Einsteiger als auch Fortgeschrittene gut geeignet und werden dank kleiner Videoclips gut erklärt.

30 TAGE FITNESS-CHALLENGE“

Die kostenlose „30 Tage Fitness-Challenge“ eignet sich für alle, die ihre Fitness verbessern wollen, egal von welchem Niveau aus sie auch starten. Neben dem Fokus auf Ganzkörper-Workouts ermöglicht die App auch ein gezieltes Training von bestimmten Körperregionen wie Bauch und Po.

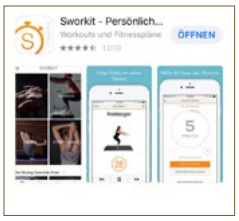
Zunächst stellt man seine persönliche Fitness-Stufe – von Anfänger bis Profi – ein. Die Intensität der Übungen steigert sich von Workout zu Workout. Das ermöglicht einen leichten Einstieg, garantiert gleichzeitig eine Leistungssteigerung und hält das Training spannend.

Die Übungen werden sowohl mit Animationen als auch Texten erklärt. Wem das nicht reicht, für den verlinkt die App zu jeder Übung ein entsprechendes Erklärvideo auf YouTube. Die Trainingsprozesse werden automatisch aufgezeichnet und auch die Gewichtsentwicklung wird anhand eines Diagramms protokolliert.



„WORKOUTS ZUHAUSE – FITNESS APP“

Die App „Workouts Zuhause – ohne Geräte“ bietet eine breite Palette an Übungen zum Aufwärmen, Dehnen, Krafttraining mit dem eigenen Körpergewicht und Aufzeichnung von Trainingsfortschritten. Diese App ist ebenso kostenlos und unterteilt alle Übungen in Anfänger, Fortgeschrittene und Profis. Auch Challenges für den ganzen Körper sind mit dabei, ähnlich zum Tabata Training, das einem Hochintensitätstraining (HIIT) entspricht.



„SWORKIT – PERSÖNLICHER TRAINER“

Diese App bietet umfangreiche Übungen für verschiedene Zwecke. Es sind zahlreiche Übungen für Kraft- und Cardiotraining, Stretching und sogar Yoga enthalten. Die Dauer des Trainings kann variiert werden.

Jede Übung wird von einem Trainer in einem Video vorgemacht, das Nachturnen ist daher besonders einfach. Die zeitliche Dauer der Übungen wird von einem Sprachmodul begleitet, so dass Anwender sich voll auf die Übungen konzentrieren können.

Die App zeigt am Ende jeder Einheit die verbrauchten Kalorien an und erinnert ans nächste Training. Auch diese App ist kostenlos. Für rund 3 € lassen sich mit der Pro Version einzelne Einstellungen individualisieren.

Alle beschriebenen Apps sind für iOS und Android verfügbar.

Viel Spaß beim Training! «

Unabhängig davon, für welche App Sie sich auch immer entscheiden, gibt es doch noch einige grundlegende Punkte zu beachten:

WARMUP UND COOL DOWN

Das Warmup hilft, den Körper auf die Belastungen vorzubereiten und die Durchblutung anzukurbeln. Außerdem beugt es Verletzungen vor. Bereits 10 bis 15 Minuten reichen dabei aus. Wichtig: das Training z.B. mit Dehnübungen langsam ausklingen lassen.

ATMEN NICHT VERGESSEN

Kaum eine App geht gezielt auf die Atmung ein, die jedoch sehr wichtig ist. Als Faustregel gilt: Bei Anstrengung ausatmen und bei Entspannung einatmen. Luftanhalten sollten Sie tunlichst vermeiden.

LANGSAME ÜBUNGSAUSFÜHRUNG

Führen Sie die Übungen nie hektisch und schnell aus, nur weil Sie so viele Wiederholungen wie möglich schaffen wollen. Besser kontrolliert und langsam trainieren.

DEUTSCHE MEISTERIN 2018 IM CROSSDUATHLON
ERFOLGREICHER SAISON-ABSCHLUSS FÜR KATHI

Die von Prevention First leistungsdiagnostisch betreute Triathletin Kathi Wolf hat ihre

Saison 2018 mit einer überragenden Leistung abgeschlossen. Sie wurde in Östringen zum zweiten Mal Deutsche Meisterin im Cross-Duathlon.

Bei idealen äußeren Rahmenbedingungen mit strahlendem Sonnenschein und gut präparierten Strecken absolvierten die Teilnehmer zunächst eine 7 km lange, hügelige Laufstrecke über Waldwege, danach folgte auf dem Tennenplatz am Östringer Waldbuckel der Wechsel auf die 25 km lange, anspruchsvolle Radstrecke, bei der dreimal auch eine Tongrube mit anspruchsvollen Trails durchfahren werden musste. Danach folgte nochmals eine 3,5 Kilometer lange Laufrunde.

Nachdem sich Kathi zunächst einen Vorsprung von 1 Minute auf der ersten Laufstrecke erarbeiten konnte, wurde sie am Ende der Mountainbike-Strecke von der Zweitplatzierten Eva Buchholz vom SC Wiesbaden eingeholt. Gemeinsam mit ihrer Konkurrentin ging sie auf die abschließenden 3,5 km und konnte dank ihrer Laufstärke am Ende souverän ihren zweiten deutschen Meistertitel holen.

GRATULATION VOM GESAMTEN PREVENTION FIRST TEAM!

Mit diesem großen Erfolg beendete Kathi die Saison 2018, bei der für sie im Frühjahr zunächst das dritte Staatsexamen fürs Lehramt im Vordergrund gestanden hatte. Als Sportlehrerin in Teilzeit wird Kathi im nächsten Jahr dann auch wieder im Triathlon angreifen. «

UNSERE REZEPTEMPFEHLUNG

CANAPÉS – LECKERE LOW-CARB BEGLEITUNG ZU CHAMPAGNER

Rezepte für jeweils ca. 20 Stück

LACHS-GURKE-DILL

2 kleine Gärtner Gurken
100 g Wildlachs geräuchert
Sahnemeerrettich
1 Bund Dill

Gurken waschen, in ca. 1 cm große Scheiben schneiden. ½ TL Sahnemeerrettich darauf verteilen, mit einem Stückchen Wildlachs belegen und mit Dill garnieren

ZUCCHINI-HUMMUS-WALNUSS (VEGAN)

1 mittelgroße Zucchini
eine Handvoll Walnüsse
schwarze Oliven ohne Stein
für den Hummus:
1 Dose Kichererbsen (400 g)
2 EL Sesampaste (Tahina)
2 Zitronen
2 Knoblauchzehen
3-4 EL Olivenöl
2 EL Cuminpulver
1 Chilischote
Salz und weißer Pfeffer

Zucchini waschen, in ca. 1 cm dicke Scheiben schneiden, leicht salzen, auf einem Backblech bei 150° eine Stunde im Ofen grillen, dann abkühlen lassen.

Kichererbsen abseihen, Flüssigkeit auffangen und beiseite stellen, Zitronen und Knoblauch auspressen. Alle Zutaten in eine Schüssel geben und mit dem Schneidstab fein pürieren. Je nach gewünschter Konsistenz Flüssigkeit der Kichererbsen unterheben.

Hummus auf die Zucchini-Scheiben geben und mit Walnuss- und Oliven-Stückchen garnieren.

PAPRIKA-FRISCHKÄSE-PROSCIUTTO

2 große Paprikaschoten (rot und gelb)
100 g Parma-Schinken
150 g Frischkäse
25 g Parmesan
ein Bund Thymian
ein TL Kapern

Paprika waschen, vierteln und entkernen, auf einem Backblech im Ofen backen, bis die Haut blasen wirft, dann abkühlen lassen und Haut abziehen.

Kapern abtropfen lassen, in kleine Würfel schneiden, Thymian abzupfen, Kapern, Thymian, Frischkäse und Parmesan vermengen.

Schinken auf die Größe der Paprikastücke zuschneiden, mit der Frischkäsemischung bestreichen, Paprikastück darauf legen und zusammenrollen. Eine Stunde im Kühlschrank kaltstellen und danach in ca. 1 cm große Stücke schneiden.

KÄSE-CHIPS

150 g frisch geriebener Parmesan
100 g geriebener Gouda

Beide Käsesorten miteinander vermengen. Mit dem Esslöffel in kleinen Häufchen auf einem Backblech verteilen und bei 200°C im Backofen 15 min kross backen. «

UNSERE WEINEMPFEHLUNG

DEUTSCHER SEKT ODER FRANZÖSISCHER CHAMPAGNER? WAS TRINKEN SIE ZUM JAHRESWECHSEL?

Mein Heimatort Kiedrich im Rheingau, bekannt für einen der weltbesten Rieslinge, ist verschwistert mit Hautvillers in Frankreich, dem berühmten, kleinen Weindorf in der Champagne. In der dortigen Benediktinerabtei war im 17. Jahrhundert der Mönch Dom Perignon ein wichtiger Wegbereiter für die Weiterentwicklung der Flaschengärung des Champagners, auch wenn er diesen nicht selbst – wie manches Mal behauptet wurde – erfunden hat. Denn bis etwa um 1650 wollte man eigentlich nur stille Weine erzeugen. Der schäumende Wein entstand tatsächlich mehr als ein Zufallsprodukt.

Beim Export in Fässern verlor Wein zu dieser Zeit rasch an Qualität, sodass man immer wieder damit experimentierte, beispielsweise nach England in Flaschen gefüllten Wein zu verkaufen. Dabei machten die nicht völlig durchgegorenen Weine aufgrund des restlichen Zuckergehalts auf dem Transport per Schiff bei höheren Temperaturen eine zweite Gärung in der Flasche durch, wodurch Kohlendioxid entstand. Bei den Franzosen galten diese Weine eher als minderwertig. Bei den trinkfreudigen Briten stieß der sprudelnde Wein jedoch auf großen Zuspruch.

Doch auf dem Transport per Schiff gab es immer wieder größere Verluste durch explodierende Flaschen. Damit beschäftigte sich Dom Perignon. Damit die Champagnerflaschen dem starken Druck standhalten konnten, entwickelte er starkwandige Flaschen und sicherte erstmals den Korken mit einer Kordel am Flaschenhals.

Die Weinwelt verdankt Dom Perignon außerdem das Wissen um die Kunst der Assemblage (Mischung verschiedener Weine und Jahrgänge zu einem Champagner) und des weißen Kelterns roter Traubensorten, bei dem die roten Trauben nur kurz mit dem Most in Kontakt bleiben und deshalb kaum Farbe abgeben.

Interessanterweise geht auf Dom Perignon auch das heute weiterhin übliche Flaschenvolumen von 0,7 l zurück, das Dom Perignon wohl am ehesten für sich selbst als „durchschnittliche Trinkmenge eines erwachsenen Mannes" beim Abendessen herausgefunden hatte.

Seit 1935 darf ein Wein nur dann Champagner genannt werden, wenn er aus der Region Champagne kommt und nach der traditionellen Methode hergestellt wurde. Heute ist Champagne eine geschützte Markenbezeichnung.

in Deutschland spricht man stattdessen vom Winzersekt, in Spanien vom Cava, in Italien vom Spumante und in Südafrika vom MCC (Methode Cape Classique), obwohl diese Schaumweine durchaus in derselben Qualität und nach derselben Methode hergestellt werden können. Aufgrund des Klimawandels und einer in Südost-England ähnlichen Bodenbeschaffenheit wie in der Champagne stellen übrigens die Briten mittlerweile selbst ganz hervorragende Schaumweine her.

Ein Champagner besteht in der Regel aus den roten Rebsorten Pinot Noir (Spätburgunder) und Pinot Meunier (Schwarzriesling) sowie der weißen Rebsorte Chardonnay. Als Blanc de Blanc wird ein ausschließlich aus Chardonnay hergestellter Champagner bezeichnet, als Blanc de Noir ein aus Pinot Noir hergestellter „weißer Champagner aus roten Trauben".

Bis zum 19. Jahrhundert blieb der Champagner trüb, weil es nicht gelang, die abgestorbenen Hefereste aus dem Gärungsprozess zu entfernen. Die Lösung für dieses Problem entdeckte eine junge Frau namens Nicole-Barbe Ponsardin, deren Ehemann als Besitzer der Champagnerkellerei Cliquot verstarb, als sie erst 27 Jahre alt war. „Veuve" (=Witwe) Cliquot" war die Erfinderin des Rüttelpults. Die Flaschen steckten dabei in einem Holzgestell mit Lochbrettern und konnten nach und nach von der waagerechten in eine senkrechte Position gedreht werden. Am Ende zeigte der Flaschenhals nach unten. Dabei wurden die Flaschen täglich gerüttelt. Auf diese Weise landete die Hefe nach etwa zwei Monaten unten im Flaschenhals, wo sie sich leicht

entfernen ließ. Diese Methode wird bis heute bei hochwertigen Champagnern angewendet.

Ende des 18. und zu Beginn des 19. Jahrhunderts kamen junge Männer aus dem Rheinland und aus Württemberg in die Champagne. Sie brachten Kenntnisse im Weinbau bzw. im Weinhandel mit und hatten vor, in Reims und Epernay ihr eigenes Geschäft aufzubauen. Die jungen Deutschen hießen Bollinger, Heidsieck, Mumm, Krug, Piper und Roederer, alles Namen die man noch heute von den Etiketten berühmter Champagner kennt. Sie hatten mit Geschäftssinn und auch mit geschickter Heiratspolitik rasch wirtschaftlichen Erfolg und wurden bis auf die Familie Mumm alle Franzosen. Letztere verlor deshalb zu Beginn des Ersten Weltkrieges 1914 als deutsche Familie ihren kompletten, 90 Jahre alten Besitz in der Champagne.

Mittlerweile gibt es etliche deutsche Winzer, die sich auf die Herstellung von hochwertigem Winzersekt nach traditioneller Champagner-Methode spezialisiert haben. In einer Blindverkostung wollten wir herausfinden, wie einige der prominentesten deutschen Sekthersteller im Vergleich zu drei Top-Marken aus der Champagne abschneiden. Es handelte sich dabei ausschließlich um Schaumweine, die aus den klassischen Champagner-Rebsorten hergestellt wurden.

Blindverkostung am 28.11.2018

Teilnehmer: Jochen Becker-Köhn (Weingut Robert Weil), Christian Witte (Henkell & Co. Global), Patrik Staack, Peter Kurz und ich

Bewertungsschema: *In der paarweisen Verkostung legten wir bei den ersten beiden Schaumweinen den Sieger mit 90 Punkten fest und bewerteten dazu alle weiteren Sekte bzw. Champagne im Vergleich. Erst nach dem letzten von vier paarweisen Flights wurde das Geheimnis gelüftet, um welche es sich handelte. Anders als erwartet (und vielleicht beabsichtigt) zeigten sich bei der Gegenüberstellung von deutschen und französischen Sekten bzw. Champagnern klare Charakteristika aus zwei verschiedenen Welten. Es war allen Verkostern immer klar, wer der Franzose oder der Deutsche war. Während die Franzosen sich durch Finesse, eine ausgeprägte Säure (und damit Langlebigkeit) und eine feine Brioche-Aromatik auszeichneten, dominierten bei den Deutschen die Frische und Fruchtigkeit bei einer größeren Fülle, also einem kräftigeren Körper. Je nach Situation kann das eine oder das andere besser passen, sodass die Frage, wer ist „besser" vielleicht gar nicht so wichtig ist. Unsere drei Sieger stellen wir Ihnen nun näher vor.* «

RAUMLAND CHARDONNAY PRESTIGE BRUT

In der Nase eine feine Hefenote, durchaus champagnerähnlich, feine Perlage, am Gaumen frische Säure und Schmelz mit einem harmonischen Abgang. Von der Stilistik bewusst wie ein Franzose angelegt, im späteren Vergleich mit den Originalen aber klar als zwar hervorragender, aber deutscher Winzersekt zu erkennen. Hervorragendes Preis-Leistung-Verhältnis.

Unsere gemeinsame Bewertung: 91/100 Punkte
Preis 29 € ab Weingut

Sekthaus Raumland GmbH
Alzeyer Str. 134
67592 Flörsheim-Dalsheim
Tel. 06243/908070
Fax 06243/908077
www.raumland.de
www.facebook.com/SekthausRaumland/

CHAMPAGNE CHARLES HEIDSIECK BRUT RESERVE

Gilt allgemein als einer der besten „Non-Vintage" Champagner. Es ist die Kunst der französischen Champagner-Hersteller, aus einer Vielzahl von Jahrgängen und Fässern eine harmonische Assemblage (à la Dom Perignon s. oben) herzustellen. In der Nase eine ausgeprägte Brioche-Note, Anklänge an rote Beeren, sehr fein, weiniger Charakter, harmonisch mit langem Abgang.

Unsere gemeinsame Bewertung: 93/100 Punkte
Preis ca. 45 € im Fachhandel

CHAMPAGNE PIPER-HEIDSIECK VINTAGE BRUT 2008

Hier handelt es sich um einen reinen Jahrgangs Champagne aus dem Jahr 2008, der uns alle schwer beeindruckt hat. Kristallklar, elegant, feine Brioche-Note in der Nase, sehr harmonisch und lang, eindeutig unser aller Favorit. Gutes Preis-Leistung-Verhältnis für diese tolle Qualität.

Unsere gemeinsame Bewertung: 94/100 Punkte
Preis ca. 45 € im Fachhandel

EIN PERSÖNLICHER GESCHENK-TIPP FÜR KLEIN UND GROSS VON DR. JOHANNES SCHOLL

TAMAR HALPERIN UND ANDREAS SCHOLL: THE FAMILY SONGBOOK

Die Familie Scholl hat eine besondere Beziehung zur Musik. Meine Geschwister und ich sind über die musikalische Früherziehung bei den Kiedricher Chorbuben zum Singen gekommen. Während ich Arzt und Hobbysänger geworden bin, haben Elisabeth und Andreas international als Sopranistin bzw. Countertenor Karriere gemacht und sind mittlerweile auch als Gesangsprofessoren in der Ausbildung junger Sänger tätig.

Andreas ist seit 2011 mit der begnadeten Pianistin und Cembalistin Tamar Halperin verheiratet, die aus Tel Aviv stammt und an der Julliard School of Music in New York studiert hat. Tamars musikalische Bandbreite reicht von der Barockmusik über moderne E-Musik bis hin zum Jazz. Andreas hat seine größten Erfolge in Opernrollen von Händel (2019 ist er an der Oper Frankfurt in der Hauptrolle des Bertarido in "Rodelinda" zu hören) und als Bachsolist gefeiert, sein Spektrum schließt seit der Jugend aber auch Popmusik und Crossover-Produktionen mit ein. Außerdem betreibt er mittlerweile ein professionelles Tonstudio.

Als er von Tamar zum ersten Mal ihrer umfangreichen Verwandtschaft in Israel vorgestellt wurde, war Andreas sehr beeindruckt von den ausladenden Shabbat-Dinnern von Tamars Tante Etui, nach denen die ganze Großfamilie gemeinsam in den Musikkeller ging, um spontan Musik zu machen. Es wurde alles gespielt was Spaß machte.

2015 wurde ihre gemeinsame Tochter Alma geboren, und für sie hatte Tamar nun eine besondere Idee: "Jeden Abend seit der Geburt unserer Tochter haben Andreas und ich ihr Lieder auf Deutsch und Hebräisch vorgesungen", so Tamar. "Als sie ein Jahr alt wurde und unser Repertoire eine beachtliche Größe erreicht hatte, schlug ich Andreas vor, die Lieder im Studio bei uns zuhause aufzunehmen."

"The Family Songbook" ist nicht nur das Resultat eines besonderen Familientreffens, sondern gleichzeitig ein musikalisches Abbild einer internationalen Familie. Es sind Lieder für die ganze Familie, von der ganzen Familie, die Tamar und Andreas ausgewählt haben. Das Repertoire erstreckt sich vom wunderschönen israelischen Wiegenlied „Shir Eres" (15, Andreas singt hier mit Bariton-Stimme) über den Country-Hit „Sweet Baby James" (6), bis zu Kinderliedern aus den 20er Jahren wie „La Le Lu", das durch den Heinz Rühmann-Film „Wenn der Vater mit dem Sohne" berühmt wurde. Auch die kleine Alma hat mit drei Jahren hier ihr erstes Solo (7).

Zu hören sind die herausragende Stimme von Andreas (als Countertenor und Bariton!), die brillante Pianistin Tamar, dazu ihre Geschwister an Gitarre und Bass, singende Cousinen und Cousins, enge Freunde am Schlagzeug (und auch ich im Background-Chor von Nr. 12).

Intime Interpretationen zweier weltberühmter Wiegen- und Abendlieder runden das Album ab: von Billy Joel „Lullabye" (Goodnight My Angel; 13) und von Johannes Brahms das Wiegenlied „Guten Abend, gute Nacht" (18).

Für Andreas und Tamar ist ihr "Family Songbook" etwas Besonderes. "In dieser Woche wurde ein lang gehegter Wunsch wahr, und es freute mich riesig zu sehen, dass alle Familienmitglieder den Geist unseres Unterfangens spürten. Wenn wir alle nicht mehr da sind, können unsere Kinder und Enkel sich diese Aufnahme anhören. Und wir bleiben so Teil ihres Lebens", so Andreas. «

Tamar Halperin/Andreas Scholl
"The Family Album" erhältlich auf allen Online-Plattformen wie Spotify, Amazon Music, iTunes und im CD-Versand.
MP3-Download 9,99 €, CD 18,99 €

prevention first®

Rüdesheim am Rhein
Europastraße 10
65385 Rüdesheim am Rhein
Fon: +49 (0) 67 22-40 67 00
Fax: +49 (0) 67 22-40 67 01
ruedesheim@preventionfirst.de

Aachen
Kapuzinergraben 18–22
52062 Aachen
Fon: +49 (0) 241-49 641
Fax: +49 (0) 241-49 621
aachen@preventionfirst.de

Dortmund
Wellinghofer Amtsstraße 33
44265 Dortmund
Fon: +49 (0) 231-29 27 80 26
Fax: +49 (0) 231-29 27 80 10
dortmund@preventionfirst.de

München
Leopoldstraße 175
80804 München
Fon: +49 (0) 89-30 66 88 160
Fax: +49 (0) 89-30 66 88 161
muenchen@preventionfirst.de

Köln
Jungbluthgasse 5
50858 Köln
Fon: +49 (0) 221-59 5548 47
Fax: +49 (0) 221-59 55 48 38
koeln@preventionfirst.de

Bremen
Otto Lilienthal Str. 2
28199 Bremen
Fon: +49 (0) 2381-33 89 630
Fax: +49 (0) 2381-33 89 697
bremen@preventionfirst.de

Frankfurt am Main
Solmsstraße 41
60486 Frankfurt am Main
Fon: +49 (0) 69-79 53 48 60
Fax: +49 (0) 69-79 53 48 622
frankfurt@preventionfirst.de

Impressum

Die Prevention First – Praxisverbund präventivmedizinischer Praxen – Dr. Scholl und andere GbR ist ein Praxisverbund gemäß § 23 d) der Berufsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen. Sitz der Gesellschaft: Europastraße 10, 65385 Rüdesheim am Rhein. Geschäftsführer: Dr. med. Johannes Scholl. Prevention First Journal © 4/2018 – Verantwortlich für Inhalt und Text: Dr. med. Johannes Scholl – Layout: Gaby Bittner, Foto Titel: © J. Scholl; S.2 © RFBSIP-adobe.stock.com; S.3 © Lars Zahner-adobe.stock.com; S.4 © utah778-adobe.stock.com; S.5 © Yulia Furman-adobe.stock.com; S.7 © nicoletaionescu-adobe.stock.com; S.9 © Christian Schwier-adobe.stock.com; S.10 © Dr. Kurz; S.11+12 © Grafik - Dr. Scholl, Herzillustration: © peterschreiber.media-adobe.stock.com; S.13 © Daniel Plews https://www.plewsandprof.com/our-story; S.15 © Kathi Wolff; S.16 © Dr. Kurz; S.17 © karepa-adobe.stock.com; S.18 © Dr. Scholl; S.19 The familiy songbook © Berlin Classics/Edel GmbH