prevention first® journal

März | 2017

WEEKEND WARRIOR SEITE 2

KRAFTTRAINING
KNIEBEUGE SEITE 5

LIPOPROTEIN(a)
RISIKOFAKTOR SEITE 7

PLACEBO GEGEN
ARTHROSE? SEITE 15

MEDIKAMENTE
BETABLOCKER SEITE 17

SAUVIGNON BLANC
WEEDENBORN SEITE 12

EDITORIAL

Einer der klügsten Köpfe in der Medizin unserer Zeit ist der in Indien geborene Kanadier Salim Yusuf. Nach Abschluss seines Medizinstudiums in Bangalore erhielt er ein Elite-Stipendium in Oxford und arbeitete dort in den 80er Jahren gemeinsam mit seinen Lehrern Richard Peto und Peter Sleight wegweisende Konzepte für moderne klinische Studien aus. Als Kardiologe war er an vielen großen Studien beteiligt, die die Behandlung des Herzinfarktes und der Herzinsuffizienz entscheidend veränderten. Seit 1992 lehrt er an der McMaster University in Hamilton/Ontario, Kanada. Sein Forschungsschwerpunkt hat sich in den letzten Jahren auf die Untersuchung der Zusammenhänge zwischen Risikofaktoren, Lebensstil und Herz-Kreislauf-Erkrankungen unter Berücksichtigung der sozialen Fragen verlagert.

Sein aktuelles Projekt ist die PURE-Studie (Prospective Urban and Rural Epidemiological Study), die in 17 Ländern mit mehr als 150 000 Teilnehmern auch den Einfluss verschiedener Ernährungsfaktoren auf das Todesfall- und Herzinfarktrisiko untersucht. Auf dem Cardiology-Update, das alle zwei Jahre in Davos stattfindet, stellte er vor wenigen Wochen vorab erste Ergebnisse aus PURE zum Einfluss der Ernährung auf das Herzinfarktrisiko vor und erschütterte damit das Establishment.

„Das kommt einem Erdbeben der Stärke 8-9 gleich" war in Kommentaren zum Vortrag zu lesen, den er süffisant mit den Worten eingeleitet hatte, „I am not a nutrition scientist, and this may be an advantage for you ...". Denn Salim Yusuf ging die Ernährungsfragen ganz ohne Vorbelastung durch „mainstream" Meinungen an.

Sein Fazit zur herzgesunden Ernährung aus PURE lautet – und Sie haben es bestimmt geahnt: „Die bisherigen Leitlinien sind komplett falsch! Es sind die Kohlenhydrate und der Zucker, die die größte Gefahr für das Herz darstellen. Mehr Fette von der richtigen Sorte (vor allem Olivenöl und Nüsse) schützen dagegen das Herz! Es gibt absolut keine Evidenz, dass Milchfett schaden sollte – wahrscheinlich eher im Gegenteil. Und wenn Sie Lust auf einen Hamburger haben, dann werfen sie die labbrigen Brötchen weg und essen Sie das Fleisch!", so Salim Yusuf Anfang Februar in Davos.

Das offizielle Kongress-Video dazu wurde innerhalb weniger Tage unbeabsichtigt zu einem YouTube-Hit mit mehr als 25 000 Downloads – bis es aus politischen Gründen aus dem Netz genommen wurde. Aber in Kürze werden die Studienergebnisse aus PURE veröffentlicht werden.

Erfreulicher Weise werden sich in diesem Jahr, so war es vor kurzem im Deutschen Ärzteblatt zu lesen, endlich die „10 Regeln" der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) ändern, die wir bei Prevention First seit langem als überholt kritisiert haben.

In einem Meeting im Beisein von Vertreterinnen des Ernährungsministeriums hatten Nicolai Worm, Peter Kurz, Michael Schneider und ich als Vertreter der Deutschen Akademie für Präventivmedizin im November 2016 den Repräsentanten der DGE dargelegt, in welchen Punkten wir dringenden Handlungsbedarf sehen – und waren positiv überrascht, dass wir damit auf überwiegende Zustimmung stießen.

Explizit gewarnt werden soll in den „10 Regeln" zukünftig vor Zucker und verstecktem Zucker in verarbeiteten Lebensmitteln. Außerdem soll die Empfehlung „für alle" entfallen, mindestens 50% der Energie in Form von Kohlenhydraten zu verzehren. Stattdessen hatten wir für eine Anpassung der Kohlenhydratzufuhr je nach individueller Stoffwechselsituation und sportlichen Aktivitäten plädiert („Flexi-Carb"). Und beim Thema Fett wird zukünftig die Qualität in den Vordergrund gestellt werden und nicht mehr nur die Menge.

Bleibt zu hoffen, dass diese Änderungen dann bald auch ihren Weg in die praktische Anwendung finden werden, denn u.a. für Kindergärten, Schulen, Krankenhäuser, Altersheime und Betriebs-Kantinen gelten noch immer die „alten 10 Regeln" als Maßstab für Qualität.

In diesem Prevention First Journal berichten wir Ihnen über neue Studien zu Nüssen und Omega-3-Fettsäuren, den Herz-Kreislauf-Risikofaktor Lipoprotein(a), den Stellenwert der Betablocker in der Bluthochdruckbehandlung und über das Thema „Weekend Warriors", das gerade Schlagzeilen machte. Reicht einmal Sport pro Woche wirklich aus, wie zahlreiche Print- und Online-Medien suggerierten? Meine Analyse sollten Sie sich genauer ansehen. Und falls Sie nach der Lektüre dieses PF Journals beabsichtigen, mehr als einmal pro Woche aktiv zu werden (was ich hoffe): Die Anleitung von Eric Koletzki für die korrekt ausgeführte Kniebeuge hilft Ihnen dabei.

Die Feinstaubbelastung durch den PKW-Verkehr hat offensichtlich Auswirkungen auf das Demenzrisiko, so eine aktuelle kanadische Studie. Sollten Sie bereits ein E-Mobil fahren, können Sie übrigens ab sofort bei uns in Rüdesheim am Check-up-Tag Strom nachtanken.

Und natürlich kommt wie immer der Genuss nicht zu kurz: Wir präsentieren Ihnen ein interessantes Fisch-Rezept und behandeln in meiner persönlichen Weinempfehlung diesmal das Thema Sauvignon blanc aus Rheinhessen. Lassen Sie sich überraschen!

Ich wünsche Ihnen ein genussreiches und bewusst aktives Frühjahr und viel Vergnügen beim Lesen unseres neuen Prevention First Journals.

Herzliche Grüße
Ihr
Johannes Scholl

DER „WEEKEND WARRIOR“ IST SPORT AM WOCHENENDE AUSREICHEND?

Für manche Fragestellungen, beispielsweise den gesundheitlichen Nutzen sportlicher Aktivitäten, ist die wissenschaftliche Evidenz eindeutig und mittlerweile fast aus jedem Blickwinkel beleuchtet worden. Insofern brauchen weitere Auswertungen zum selben Thema einen neuen „Twist“, um Aufsehen zu erregen, so geschehen jüngst mit Daten aus Großbritannien: Die Story vom „Weekend Warrior“ machte Schlagzeilen auf den Gesundheits-Seiten aller wichtigen Print- und Online-Medien.

„Auch einmal Sport pro Woche hilft“
(Spiegel Online)

„Weekend warriors: Maybe exercise can wait till the weekend“
(CNN.com)

Werner Bartens, Arzt und Wissenschaftsredakteur der Süddeutschen Zeitung sowie häufiger Gast in den Talkshows der großen Fernsehsender, zog das Fazit, „dass intensive körperliche Betätigung am Wochenende ... sich fast so günstig auf Krankheitsrisiken auswirkt wie täglicher Sport.“ Der Münchner Sportmediziner Martin Halle wurde zitiert: „Sich ein- oder zweimal pro Woche körperlich zu belasten, ist besser als gar nichts. Vier- bis fünfmal Sport pro Woche..., das schafft ja kaum jemand."

„Sport am Wochenende ist genauso gesund wie tägliches Feierabend-Workout“
(Süddeutsche Zeitung)

Aus meiner Sicht ist das in beiden Fällen eine sehr oberflächliche Betrachtungsweise. Es lohnt sich, die Studiendaten hinter der Schlagzeile ein wenig genauer anzuschauen.

WIE WURDEN DIE DATEN ERHOBEN?

In einem nationalen Gesundheits-Survey wurden zwischen 1994 und 2012 bei gut 63 000 Engländern und Schotten mittels Fragebögen die Lebensgewohnheiten erhoben und u.a. auch erfasst, wie oft sie körperlich bzw. sportlich aktiv waren und falls ja, mit welcher Intensität. Anhand des Todesfallregisters des britischen Gesundheitswesens konnte man dann 2016 auswerten, wie sich die unterschiedli-

chen Gewohnheiten auf das Risiko für einen Todesfall bzw. einzelne Todesursachen auswirkten.

Die Teilnehmer wurden im Vergleich zu den empfohlenen 150 min Sport pro Woche in 4 Gruppen eingeteilt:

1. Inaktiv: gar keine moderaten oder intensiven körperlichen Aktivitäten
2. Zu wenig aktiv: <150 min/Woche moderate bzw. <75 min/Woche intensive Aktivität
3. Weekend Warrior: nur am Wochenende an 1-2 Tagen insgesamt >150 min moderate bzw. >75 min intensive Aktivität
4. Regelmäßig aktiv: an mindestens 3 Tagen/Woche insgesamt >150 min/Woche moderate bzw. >75 min/Woche intensive Aktivität

Im Untersuchungszeitraum kam es zu 8802 Todesfällen, davon 2780 an Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Das Gesamt-Todesfallrisiko lag in den Gruppen 2, 3 und 4 im Vergleich zur inaktiven Gruppe 1 statistisch signifikant um 34%, 30% bzw. 35% niedriger. Das Risiko für einen Herz-Kreislauf-Todesfall war um 40%, 40% und 41% vermindert.

UNGLEICHVERTEILUNG DER GRUPPEN

Es fällt zunächst auf, dass 39 947 Teilnehmer, also mehr als 60%, als völlig inaktiv in die Gruppe 1 eingestuft wurden, und das, obwohl bereits Spazierengehen nach der verwendeten Definition als moderate Aktivität gegolten hätte.

	GRUPPE 1 inaktiv	GRUPPE 2 unzureichend aktiv	GRUPPE 3 Weekend Warrior	GRUPPE 4 regelmäßig aktiv
tatsächliche Anzahl der Trainingseinheiten pro Woche	0	2	1	7
Trainingsdauer gesamt (Stunden)	0	1,0	5	7,5
Trainingsdauer mit intensiver Aktivität (Stunden)	0	0,4	2,3	2,1

Tab.1: Aktivitätsverteilung in den vier Gruppen

In dieser Gruppe fanden sich im Vergleich zu allen anderen Gruppen deutlich mehr chronisch Kranke, mehr Raucher, mehr Übergewichtige und mehr Personen mit geringem Bildungsstand.

In der Gruppe 2 (zu wenig Aktivität, aber immerhin ein bisschen) landeten 14 224 Teilnehmer, bei den Wochenend-Kriegern nur 2341 und bei den regelmäßig Aktiven immerhin 7079.

UMFANG UND INTENSITÄT DER SPORTLICHEN AKTIVITÄTEN

Wenn wir uns den genauen Umfang und die Intensität sportlicher Aktivitäten dieser vier Gruppen einmal genauer anschauen (Tab. 1), dann fallen einige Dinge auf, über die in der Presse nichts berichtet wurde:

Die regelmäßig Aktiven trainierten 7½ h pro Woche, die Wochenend-Krieger immerhin 5 Stunden an 1-2 Tagen, beide Gruppen jeweils gut 2 Stunden mit hoher Intensität. Gruppe 2, die ein bisschen aktiv war, wendete dagegen im Durchschnitt nur 1 h pro Woche auf, davon lediglich 25 Minuten mit intensiver Aktivität.

Das überraschendste Ergebnis dieser Studie - sofern man ihr denn wirklich Glauben schenken wollte – ist für mich nicht etwa, dass die Weekend Warriors denselben Benefit hatten wie die regelmäßig Trainierenden, denn der Trainingsumfang beider Gruppen unterschied sich ja gar nicht so sehr. Vielmehr verwundert mich, dass die unzureichend aktive Gruppe mit nur einer Stunde moderatem Trainingsaufwand pro Woche, der in etwa flottem Gehen mit 4-5 km/h entspricht, angeblich denselben Benefit haben soll wie die regelmäßigen Sportler, die mehr als 7 h pro Woche moderat bzw. immerhin 2 Stunden intensiv trainierten. Das ist ein völlig unglaubwürdiges Resultat.

Doch darauf ging in den Kommentaren in der Presse niemand ein! Warum wohl? Der Weekend Warrior produzierte einfach die besseren Schlagzeilen.

METHODISCHE PROBLEME ERKLÄREN UNPLAUSIBLE RESULTATE

Wie kann es zu diesen unplausiblen Resultaten kommen? Ich sehe zwei größere Probleme in dieser Studie: Zum einen war die Datenerfassung relativ ungenau, wie sich im Kleinge-

Und am Wochenende Vollgas?

druckten nachlesen lässt. In einer Substudie mit 2175 Teilnehmern, denen man Bewegungssensoren (Accelerometer) zur direkten Erfassung der Aktivitäten verpasst hatte, wurde ermittelt, wie gut die Angaben in den Fragebögen mit der tatsächlich gemessenen Aktivität übereinstimmten.

Es zeigte sich hier nur ein äußerst bescheidener Spearman-Korrelationskoeffizient von 0,38 für Männer und 0,40 für Frauen. Die Angaben in den Fragebögen waren anscheinend sehr ungenau, was für eine starke Vermischung zwischen den Gruppen 2 bis 4 spricht. Aufgrund dieser Ungenauigkeiten bei der Erfassung von Umfang und Intensität sportlicher Aktivitäten ergab sich am Ende kein Unterschied zwischen ein bisschen, regelmäßig oder viel nur am Wochenende.

Die Aussage „gar keine Aktivität" klingt dagegen recht präzise. Und das ist das zweite Problem: Der Vergleich mit der „ungesunden" und völlig inaktiven Gruppe 1 bewirkt, dass schon ein bisschen Walking einen erheblichen Benefit bringen kann.

Dies ist keineswegs eine neue Erkenntnis: Eine Metaanalyse von Wen aus dem Jahr 2014 hatte gezeigt, dass im Vergleich zu völliger Inaktivität bereits bei durchschnittlich 5 Minuten Joggen bzw. 15 Minuten Walking pro Tag eine signifikante Senkung des Todesfallrisikos erreicht wird. Aktivität ist also immer gut!

Der Umkehrschluss, den eine Medizin-Fachzeitschrift (!) zog, „auch wer nur am Wochenende schwitzt, bleibt fit" ist allerdings völlig falsch, denn zur Fitness hat diese Studie überhaupt keine Aussage gemacht.

Eine Verbesserung der Fitness ist mit einmal wöchentlichem Training nur sehr begrenzt zu erreichen, denn schnell wird die Leistungsentwicklung stagnieren, weil der Trainingseffekt bis zum nächsten Wochenende verpufft. Außerdem werden die Stoffwechseleffekte sportlicher Aktivitäten nach dem Wochenende relativ schnell abflauen, wenn man unter der Woche kein einziges Mal aktiv wird.

Keine Angaben werden in der Studie gemacht zur Häufigkeit von Diabetes oder Demenz, die ebenfalls stark durch sportliche Aktivitäten beeinflusst werden können. Die wissenschaftliche Datenlage zeigt dazu, dass es regelmäßiger Aktivitäten mindestens an jedem zweiten Tag bedarf, um den Zuckerstoffwechsel nachhaltig zu beeinflussen (der – wie im letzten Prevention First Journal berichtet – auch hinter einem großen Anteil der Demenzfälle steckt!). «

O'Donovan G et al., JAMA Intern Med. doi:10.1001/jamainternmed.2016.8014, published online January 9, 2017

Fazit für Prevention First: Unser Ziel ist es, für Sie unter Berücksichtigung der individuellen Lebensumstände ein optimal effizientes, umsetzbares Trainingsprogramm zu gestalten. Im Einzelfall kann es sein, dass man vorübergehend eben nur am Wochenende zu sportlichen Aktivitäten kommt. In vielen Fällen wird es aber möglich sein, sich beispielsweise am Mittwochmorgen eine Stunde freizuschaufeln, um eine weitere Trainingseinheit unter der Woche einzubauen, die dann unter sportwissenschaftlichen Gesichtspunkten einen sehr großen Zusatznutzen für die Leistungsfähigkeit bringen würde.

Und noch besser wäre es selbstverständlich, wenn man unter langfristigen Gesichtspunkten für sich selbst eine verantwortungsbewusste Entscheidung träfe, dass einem die eigene Gesundheit eine halbe Stunde sportlicher Betätigung pro Tag oder eine Stunde jeden zweiten Tag wert ist.

Der Weekend Warrior ist jedenfalls KEINE Dauerlösung.

INTELLIGENTES KRAFTTRAINING TEIL 1 – DIE KNIEBEUGE

von Eric Koletzki, Standortleiter Prevention First Frankfurt

Die Kniebeuge ist eine der wichtigsten Fitness-Übungen überhaupt. Sie zählt zu den effektivsten Übungen zur Steigerung der (Ganzkörper-)Kraft, Förderung aufrechter Haltung sowie zur Stoffwechselaktivierung, da sie fast den ganzen Körper und damit sehr viel Muskelmasse auf einmal beansprucht. Die Kniebeuge stellt gleichzeitig eine urmenschliche Bewegung dar, die wir im Alltag normalerweise häufig ausführten – sofern wir nicht wie heutzutage den Großteil unserer Arbeits- und Freizeit im Sitzen verbringen. Die Kniebeuge ermöglicht uns, mit stabiler Haltung und vollständig kontrolliert schwere Lasten in der Vertikalen zu bewegen.

Diese Anforderung war für körperlich aktive bzw. arbeitende Menschen seit Urzeiten normaler Alltag. Im 21. Jahrhundert dagegen ist in der Wahrnehmung vieler Menschen, auch mancher Ärzte, eine solche Bewegung so ungewohnt, alltagsfern und mühevoll, dass ihr leider ein negativer Touch beigemessen wird. Gelegentlich hört man Sätze wie „Davon gehen doch die Knie kaputt, ich soll besser an Geräten trainieren".

Abb. 1

Im Folgenden finden Sie daher wichtige Informationen für Ihren Weg zu einem sinnvollen und effektiven Training. Lassen Sie sich ermutigen, die Kniebeuge als elementaren Bestandteil Ihres ganz persönlichen Fitness-Konzepts in Zukunft zu berücksichtigen.

DIE TECHNIK LEIDET UNTER ZU HOHEN GEWICHTEN

Leider trainieren tatsächlich immer noch zu viele Leute zu schwer, d.h. mit beachtlichen Gewichten, aber dabei falscher und „abgehackt" hastig wirkender Technik (d.h. nicht optimaler Bewegungsausführung). Die Konsequenz: Man sieht beim Training unter Umständen stark aus, ist es aber nicht.

Wer den Muskel aber über seinen gesamten Bewegungsumgang kontrolliert langsam beansprucht, hat auch mehr Effekt zu erwarten. Der gewünschte Effekt kann dann z.B. je nach langfristiger Trainingsplanung gezielt Muskelwachstum, Kraftsteigerung und Stoffwechselverbesserung bedeuten.

Abb. 2

Wer dagegen nur Teile einer bestimmten Bewegung ausführt und damit weniger Muskelanteile belastet, wird eine geringere Ausbeute haben. Mit diesem Wissen kann man ruhigen Gewissens empfehlen, die Kniebeuge vom aufrechten Stand ausgehend tatsächlich auch tief auszuführen, um dem maximalen Bewegungsumfang dieser Übung (theoretisch bis zur Hocke) so nah wie möglich zu kommen.

An der Tiefe der Kniebeuge scheiden sich aber die Geister. Das Erreichen eines Kniewinkels von 90 Grad wird psychologisch gerade noch gerne akzeptiert, darüber hinaus wird das Hochdrücken gegen die Last mit jedem Millimeter deutlich anstrengender und es beginnt die Zone der Angst – aber völlig unbegründet, wie biomechanische Studien gezeigt haben.

Ein gesundes Knie kann schließlich ohne Bedenken und Schaden samt komplettem Mensch stundenlang in der Tiefhocke verharren – übrigens eine natürliche Ruheposition vieler nicht-westlicher Völker. Der Stuhl mit seiner 90 Grad-Architektur ist schließlich eine Erfindung des Menschen und nicht vom Himmel gefallen.

Und tatsächlich scheinen die wirkenden Kräfte auf das Kniegelenk im Ablauf der Kniebeuge

Abb. 3

beim Umkehren auf 90 Grad-Position am höchsten zu sein und sinken mit zunehmender Tiefe deutlich ab. Die „psychologische Gefahrenzone" Tiefkniebeuge ist also gar keine. Im Gegenteil: Wer die Tiefkniebeuge durchführt wird schnell merken, dass er weniger Gewichte als Trainingsreiz benötigt – eben aufgrund des vollen Bewegungsumfangs wird es auch anstrengender – seine passiven Strukturen wie Bänder und Faszien werden sich neben den ohnehin viel stärker aktivierten Muskeln dann der vollen Bewegung anpassen, stabiler und damit eher verletzungsresistenter werden. In Summe steigt der Trainingseffekt und das Risiko sinkt! Sorge über akute Verletzungen oder langfristig degenerative Veränderungen erscheinen unbegründet und unbewiesen, wie die Auswertung von über 164 Artikeln und Studien zu diesem Thema ergab. [1]

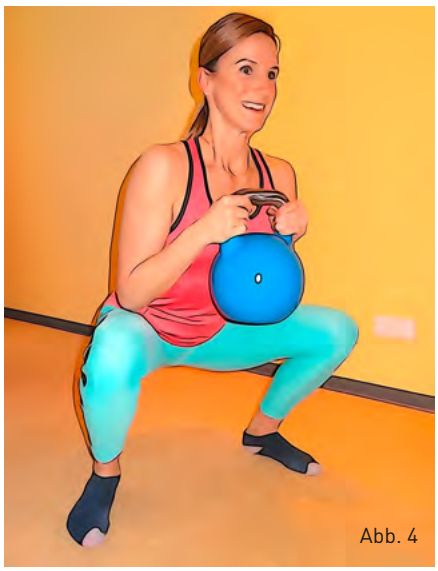


Abb. 4

„DIE KNIE DÜRFEN NICHT ÜBER DIE ZEHENSPITZEN RAGEN", STIMMT DAS?

Wie so oft sind pauschale Aussagen wie diese in der Praxis wenig hilfreich. Angesichts der feinen Vielfalt unserer individuellen Anatomie kann es durchaus sinnvoll sein, wie in Abb. 2 auch über die Zehenspitzen zu ragen. Besonders Menschen mit langem Oberschenkel dürften diese gering über die Zehen reichende Knieposition von Natur aus bevorzugen, ohne daraus Schaden erwarten zu müssen. Im Gegenteil konnte eine Studie zeigen, dass durch strenge Einhaltung dieser alten „Knie bis an die Zehenspitze"-Vorschrift die Belastung durch Kräfte in Hüfte und unterem Rücken stark ansteigt und diese Ausführung nachteilig sein kann. [2]

DIE KERNBOTSCHAFTEN

Für jeden gesunden Menschen und erst recht jeden Sportler ist die Kniebeuge eine sinnvolle Übung. Die ideale Technik für alle gibt es nicht, genauso wie jede Nase ist auch jedes Becken, jede Hüftpfanne und Fußstellung etwas anders. Die beste Kniebeuge ist immer die eigene, wenn man einfache Regeln beachtet.

Die korrekte Ausführung sieht ein tiefes Absenken des Gesäßes vor mit einem Kniewinkel kleiner als 90 Grad (Abb. 1-3). Dies spart aufzulegendes Trainingsgewicht und damit potentielle Belastung ein, erhöht gleichzeitig aber den Trainingseffekt. Das Verletzungsrisiko wird dadurch nicht erhöht.

Aufgrund individueller Unterschiede in unserer Biomechanik der unteren Extremität ist es erlaubt, die Übung einige Zentimeter mit den Knien über die Zehen ragend auszuführen, was in Summe aufgrund geringerer Belastungen in Hüfte und Rücken sinnvoll sein kann.

Die Beine sollten lieber etwas breiter als zu eng gestellt werden (s. Abb. 4 und 5). Der Rücken behält während der Ausführung seine natürliche leichte Hohlkreuzstellung (Lordose) in der Lendenwirbelsäule bei.

Die Knie dürfen nicht in Richtung Mitte einknicken, sondern man sollte sich bewusst konzentrieren, die Knie nach außen zu drücken. Wenn die reine Körpergewichts-Kniebeuge mit mehreren Sätzen (z.B. 3 x 12 Wiederholungen) sauber gelingt, sollte Zusatzgewicht aufgeladen werden. Dies kann z.B. eine Stange auf der Schulter (Back-Squat) oder noch einfacher ein an der Brust gehaltenes Zusatzgewicht bedeuten (Goblet-Squat).

Ziel ist es, dieses Gewicht im Laufe der Zeit auch zu steigern. Wenn es beim Aufsteigen hierdurch schwerer und die Technik „wackelig" wird, dann stellen Sie sich vor, mit den Füßen den Boden auseinander ziehen zu wollen (die Füße bleiben dabei in der individuellen Ausgangsposition und drehen nicht weiter nach außen). Dies erzeugt ein Drehmoment und bringt einen Kraftschub nach oben, da mehr Hilfsmuskeln in der Hüfte aktiviert werden.

Ideal ist die Ausführung ohne Schuhwerk für besseren Bodenkontakt zwecks besserer Wahrnehmung und Ansteuerung aller Muskeln. Ein z.B. durch einen Skiunfall oder eine Fußballverletzung vorgeschädigtes Knie ist immer individuell zu beurteilen. Schmerzen während der Ausführung sind ein Alarmzeichen und sollten zu genauer Problemanalyse führen.

Generell empfiehlt sich das Erlernen der Technik unter fachmännischer Supervision, z.B. während eines nächsten Check-Ups. Wenn die Technik beherrscht wird, steht Ihnen mit dieser Übung ein gigantisches Trainingspotential zur Verfügung, das eine Vielzahl klassischer Fitness-Geräte für die Beine ersetzen und jederzeit auch zuhause genutzt werden kann. «

(1) Hartmann et al. 2013. Analysis of the Load on the Knee Joint and Vertebral Column with Changes in Squatting Depth and Weight Load. Sports Med 2013; 43: 993–1008

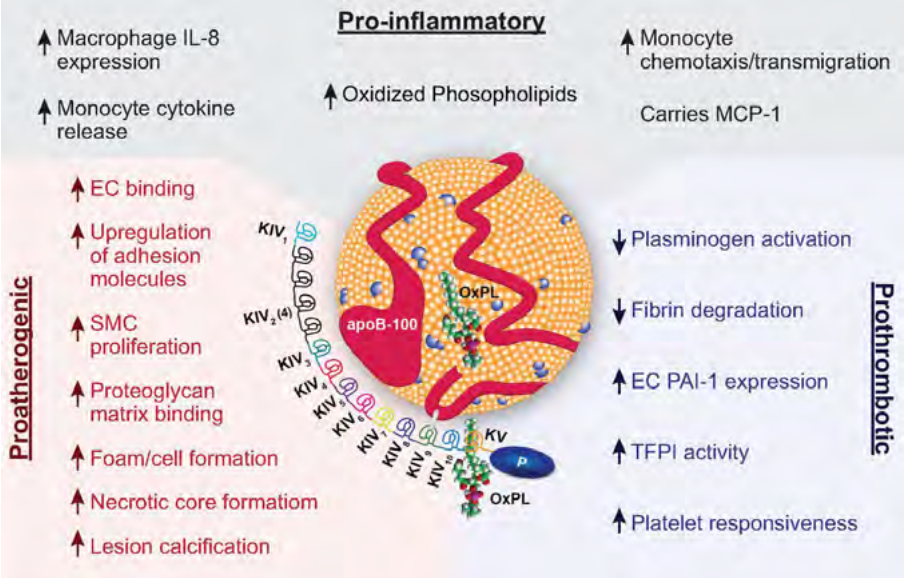
(2) Fry et al. 2003. Effect of Knee Position on Hip and Knee Torques During the Barbell Squat. Journal of Strength and Conditioning Research, 2003; 17: 629–633

Abb. 5

LIPOPROTEIN(a) – EIN UNTERSCHÄTZTER RISIKOFAKTOR FÜR HERZINFARKT UND SCHLAGANFALL

Manchmal kommt es vor, dass bei den Check-ups „Theorie und Praxis nicht zusammen passen". Damit meine ich, dass ich an den Halsschlagadern eine Verdickung der Intima-Media-Schichtdicke IMT, Plaques (lokale IMT-Verdickung ≥ 1,4 mm) oder sogar eine Einengung finde, obwohl der Patient Nichtraucher ist, einen normalen Blutdruck, einen normalen Blutzucker und recht ordentliche Cholesterinwerte hat.

Manchmal findet sich im ärztlichen Fragebogen dann eine Familienvorgeschichte für einen frühzeitigen Herzinfarkt oder Schlaganfall bei Verwandten ersten Grades. Diese weist darauf hin, dass es noch einen anderen Faktor geben könnte, der für eine frühzeitige Arteriosklerose verantwortlich zu machen ist. In den letzten Jahren hat sich eindeutig das Lipoprotein(a) [Abkürzung: Lp(a)] als ein solcher Faktor herauskristallisiert.



Genauso wie LDL-Cholesterin fördert Lp(a) die Bildung arteriosklerotischer Plaques, darüber hinaus begünstigt es auch die Bildung von Blutgerinnseln, weil es an einer bestimmten Stelle dem Gerinnungsfaktor Plasminogen ähnlich ist und steigert entzündliche Prozesse in der Gefäßwand.

Lp(a) – MINDESTENS SO SCHÄDLICH WIE DAS BÖSE LDL-CHOLESTERIN

Lp(a) ist ein Blutfett-Partikel, das dem LDL-Cholesterin sehr ähnlich ist. Genau genommen handelt es sich um ein LDL-Partikel, an das lediglich noch eine weitere Eiweißkette, das sogenannte Apolipoprotein(a) [Abkürzung: Apo(a)] angeknüpft ist. Dieses Apo(a) kann genetisch bedingt durch eine unterschiedliche Anzahl sogenannter KIV-Repeats (Eiweiß-Kringel) in seiner Länge stark variieren und beeinflusst damit die Bildungsrate von Lp(a) in der Leber: Für lange Apo(a)-Ketten braucht die Leber länger, weshalb der Lp(a)-Spiegel niedriger bleibt, wohingegen Menschen mit kurzen Apo(a)-Ketten aufgrund deren schnellerer Produktion einen höheren Lp(a)-Spiegel aufweisen.

GENETIK BESTIMMT DIE HÖHE DES Lp(a)

Die Länge dieser Apo(a)-Ketten und damit die Höhe des Lp(a)-Spiegels im Blut sind fast vollständig genetisch vorherbestimmt. Eine große Studie aus dem Jahr 2009 hatte gezeigt, dass es lediglich zwei einzelne, ungünstige Gen-Varianten sind, die bei den meisten Menschen entscheidend für die Höhe des Lp(a)-Spiegels sind. Von diesen Varianten kann man prinzipiell keine, eine oder beide haben.

Hat man eine ungünstige Gen-Variante, die zu einem mittelhohen Lp(a) führt, dann liegt das Lipoprotein(a) zwischen 50 und 99 mg/dl. Dies bewirkt bereits eine Risikosteigerung um 80% für Herzinfarkt und Schlaganfall.

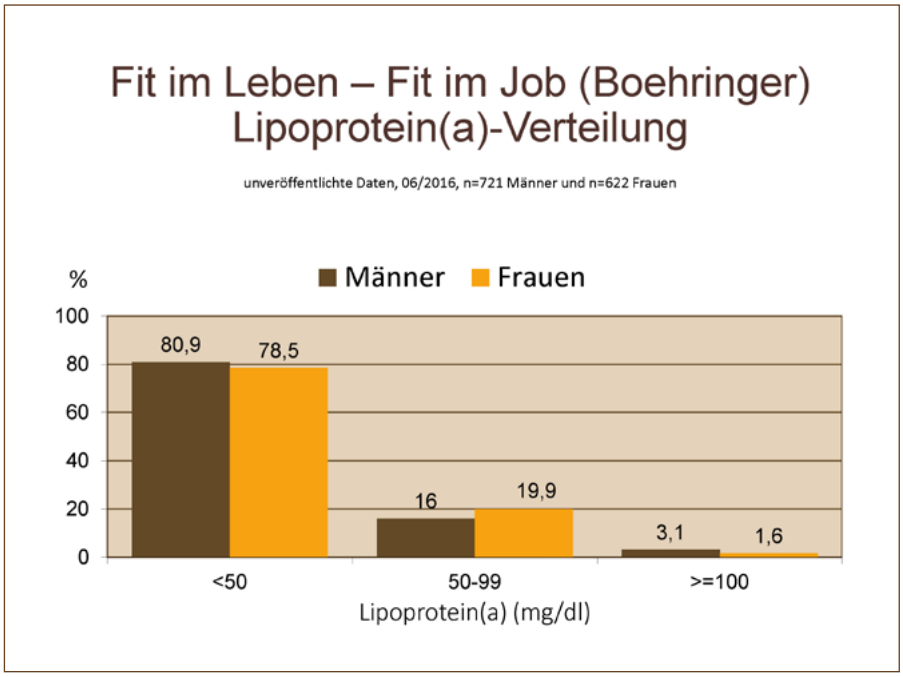
Bei denjenigen, die ein sehr hohes Lp(a) von ≥100 mg/dl haben liegen in der Regel beide Gen-Varianten vor, was zu einem vierfach gesteigerten Herzinfarkt- und Schlaganfallrisiko führt. Im direkten Vergleich mit dem „bösen" LDL-Cholesterin hat ein gleich hohes Lp(a) sogar noch größere schädliche Auswirkungen, was insbesondere für Menschen mit einem sehr hohen Lp(a)-Wert von >100 mg/dl bedeutsam ist.

Neben Verengungen von Herzkranzgefäßen und Halsschlagadern ist als weitere Folge einer Lp(a)-Erhöhung die Förderung einer Verkalkung und Verengung der Herzklappe am Ausgang der linken Herzkammer (Aortenklappenstenose) beschrieben.

15-20% DER BEVÖLKERUNG MIT ERHÖHTEN Lp(a)-WERTEN

Die Verteilung des Lp(a)-Spiegels in der Allgemeinbevölkerung ist linkslastig: Etwa 80% der Menschen haben ein unbedenkliches Lipoprotein(a) von <50 mg/dl, immerhin 15-20% haben Lp(a)-Werte zwischen 50 und 99 mg/dl und 2-3% ein sehr hohes Lp(a) von ≥100 mg/dl. Da die Höhe genetisch bedingt ist und sich im Lebensverlauf praktisch nicht ändert, reicht eine „Einmal-im-Leben-Bestimmung" des Lipoprotein(a) aus um ggf. ein erhöhtes Risiko zu entdecken.

In unserem gemeinsamen Projekt mit



Boehringer Ingelheim, „Fit im Leben-Fit im Job", wird das Lp(a) grundsätzlich bei der ersten Untersuchung bestimmt. In einer aktuellen Auswertung konnten wir die in internationalen Studien beschriebene Häufigkeit erhöhter Lp(a)-Spiegel (s. Abb. 2) bestätigen. Gut 20% der Untersuchten haben ein Problem mit dem Lp(a), das man nicht einfach ignorieren darf.

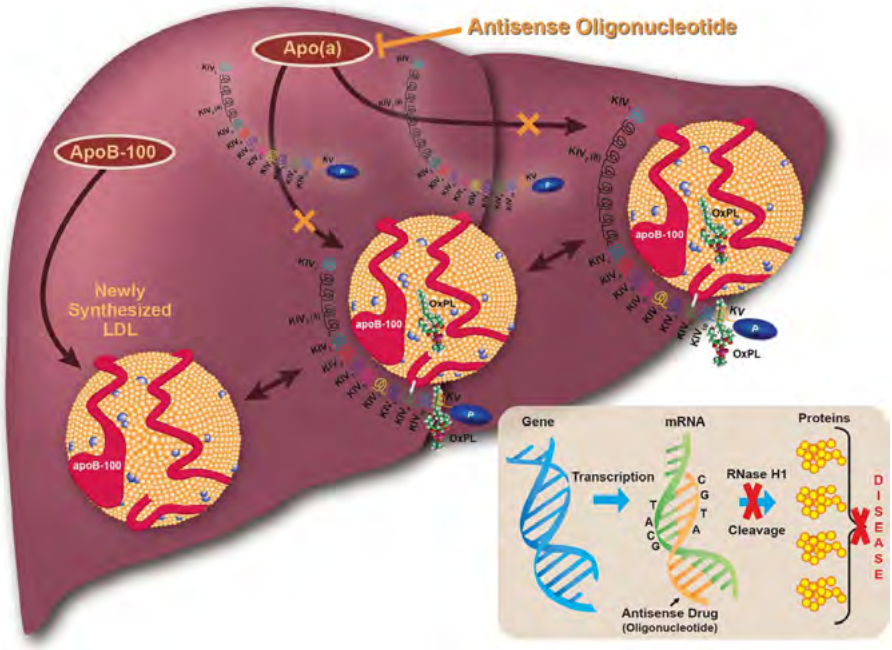
Bei Prevention First bestimmen wir deshalb in allen Check-up-Programmen, in denen wir dazu berechtigt sind, einmalig im Leben das Lipoprotein(a). Wenn wir im Rahmen des mit dem jeweiligen Arbeitgeber vereinbarten Check-up-Budgets dazu keine Möglichkeit haben, raten wir in Zweifelsfällen dazu, einmalig die Laborkosten von ca. 13 € ggf. selbst zu übernehmen. Prevention First würde – nur um dies klarzustellen – daran keinen Cent verdienen.

Über die Ernährung, sportliche Aktivitäten oder einen der üblichen Cholesterinsenker kann man das Lp(a) nicht nennenswert beeinflussen. Bis auf weiteres raten wir deshalb dazu, für den Fall eines erhöhten Lipoprotein(a) und insbesondere beim Nachweis beginnender Gefäßschäden anstelle des Lipoprotein(a) das „böse" LDL-Cholesterin stärker zu senken bzw. einen strengeren Zielwert dafür anzustreben. Dies führt nachweislich dazu, dass der Prozess der Arteriosklerose verlangsamt wird und ist (siehe unser letztes Prevention First Journal vom Dezember 2016) eine bewährte und sichere Methode, um das Herzinfarkt- und Schlaganfallrisiko zu senken.

Insbesondere wer ein Lipoprotein(a) von ≥100 mg/dl hat, sollte sein LDL-Cholesterin mit einem Statin (Cholesterinsenker) mindestens auf <100 mg/dl senken.

Aktuell sind moderne gentherapeutische Verfahren in Entwicklung, von denen man erwarten kann, dass Sie in 4-5 Jahren marktreif sind. Bei der sogenannten anti-sense-RNA-Therapie (s. Abb. 3) wird die Boten-RNA für die Bildung von Apo(a) durch eine entgegengesetzt gestrickte Information (Antisense Oligonucleotid) abgefangen, sodass daraus ein nutzloses Eiweißknäuel entsteht und am Ende in den Ribosomen (Fabriken der Zelle) kein Apo(a) mehr gebildet werden kann.

Erst vor wenigen Monaten wurde dazu eine neue Studie in der Fachzeitschrift The Lancet veröffentlicht, in der man mit einem spezifischen, nur in der Leber wirksamen anti-sense Oligonucleotid eine 80%ige Senkung des Lp(a) erreichen konnte. Aufgrund der hoch-spezifischen Aufnahme in die Leber sind für diese Behandlung nur noch sehr geringe Dosen notwendig, sodass keine Nebenwirkungen auftraten.



Von der Erbsubstanz DNA wird die Boteninformation (mRNA) abgelesen und soll dann an den Ribosomen (Zellfabriken) zur Produktion eines Eiweißes, in diesem Fall Apo(a) führen. Durch eine genau entgegengesetzt gestrickte Boteninformation wird die mRNA auf dem Weg zu den Ribosomen abgefangen, es entsteht ein unwirksames Eiweißknäuel, die Bildung von Apo(a) bleibt aus und letztlich entsteht kein Lipoprotein(a).

Es bleibt zu hoffen, dass in weiteren Studien über eine solche Lp(a)-Senkung auch eine Verminderung des Herzinfarktrisikos bei den betroffenen Personen nachgewiesen werden kann. Dann könnte man damit rechnen, dass das Medikament in ca. 5 Jahren zugelassen wird.

Für diejenigen, die von einer starken Lp(a)-Erhöhung betroffen sind, gibt es eine interessante Website, die laienverständlich die neuesten Erkenntnisse zu diesem Thema präsentiert. Sie wurde von einer amerikanischen Familie ins Leben gerufen, in der es mehrere frühzeitige Herzinfarkt-Ereignisse durch starke Lipoprotein(a)-Erhöhung gab: www.lipoproteinafoundation.org. «

Tsimikas S, JACC 2017; 69: 692-711, Abb. 1 und 3 mit freundlicher Genehmigung des Autors

EINE HANDVOLL NÜSSE PRO TAG IST EMPFEHLENSWERT

In der PREDIMED-Studie, über die wir bereits früher berichteten, hatten sowohl die Olivenöl- als auch die Nuss-Gruppe im Vergleich zu der Gruppe mit fettreduzierter Ernährung ein deutlich vermindertes Risiko für Herzinfarkt und Schlaganfall. Immerhin 200 g Nüsse pro Woche erhielten die PREDIMED-Teilnehmer in der Nuss-Gruppe zur Verfügung gestellt, die sie verteilt über die Woche verzehren sollten. Nun hat eine Metaanalyse aus 20 großen Beobachtungstudien, in die die Daten zum Nussverzehr von mehr als 800 000 Personen eingingen, nochmals den Zusammenhang zwischen dem Verzehr von Nüssen und einer Vielzahl von Erkrankungen untersucht: Es zeigte sich eine Verminderung des Herzinfarktrisikos um 29%, des Schlaganfallrisikos um 7%, des Herz-Kreislauf-Risikos um 21%, des Risikos für Krebserkrankungen um 15% und des Gesamt-Todesfallrisikos um 22% für den täglichen Verzehr von einer Portion (= 28 g) Nüssen pro Tag im Vergleich zu keinem Nussverzehr.

Ob Walnüsse, Erdnüsse oder andere Nüsse (botanisch betrachtet ja durchaus verschiedene Pflanzengattungen) machte für das Resultat übrigens keinen Unterschied.

Auch wenn man die Resultate solcher Beobachtungsstudien immer „mit Vorsicht genießen muss", untermauert diese Metaanalyse eindrücklich das Resultat der randomisierten Interventions-Studie PREDIMED, bei der die Teilnehmer ja auf die verschiedenen Gruppen ausgelost wurden. «

Aune et al. BMC Medicine 2016; 14: 207, DOI 10.1186/s12916-016-0730-3

Fazit für Prevention First: Mehr Nüsse statt Süßigkeiten ist ganz sicher eine sinnvolle, präventiv wirksame Empfehlung. Und keine Angst vor zu viel Fett, denn Nüsse bringen dem Körper eben genau die richtigen, gesunden Fette und führten in der PREDIMED-Studie auch nicht zu einer Gewichtszunahme!

OMEGA-3-FETTSÄUREN ZUR ALZHEIMER-PRÄVENTION?

Im Prevention First-Journal vom Juni 2016 hatten wir über eine interessante Studie berichtet, die den Fischverzehr, die Quecksilber-Belastung im Gehirn und das Alzheimerrisiko untersuchte. Ganz offensichtlich war ein höherer Fischverzehr protektiv gegen Alzheimer, wohingegen sich keine negativen Folgen einer moderat erhöhten Quecksilber-Belastung im Gehirn zeigten.

Bekanntlich gibt es für die Alzheimer-Demenz eine genetische Veranlagung: 15% der Bevölkerung tragen eine Genvariante (ApoE4-Allel), die mit einem erhöhten Risiko assoziiert ist. Unter den Alzheimer-Patienten haben dagegen 40% ein ApoE4-Allel.

Bisher war meine Devise, dass man Dinge, die man nicht beeinflussen kann, besser auch nicht wissen sollte, denn es gibt noch keine Medikamente zur gezielten Prävention der Alzheimer-Demenz bei Risikokandidaten. Zwei Mega-Studien zur Alzheimerprävention, die die Bildung von Amyloid ß (durch den Wirkstoff Solanezumab) bzw. des Tau-Proteins (durch den Wirkstoff LMTX) hemmen wollten, um die Formation von Alzheimer-Plaques im Gehirn zu verhindern, sind 2016 krachend gescheitert.

Nun scheint es aber vielleicht doch Hoffnung zu geben, wie ein aktuelles Review aus JAMA Neurology berichtet: Wenn man bei ApoE4-Trägern vor Beginn der Demenz hochdosiertes DHA (Docosahexaensäure) gab, verlangsamte dies signifikant den geistigen Abbau. Die Behandlung erfolgte im Stadium bereits nachweisbarer Ablagerungen im Gehirn, jedoch noch bevor eine relevante kognitive Beeinträchtigung festzustellen war.

DHA ist genau jene langkettige Omega-3-Fettsäure, die in fettem Seefisch vorkommt. Auch wenn noch weitere, möglichst große Studien dazu notwendig sind, um den Alzheimer-präventiven Effekt langkettiger Omega-3-Fettsäuren zu beweisen, haben diese ja noch eine Menge anderer gesicherter Nutzen: darunter den Schutz vor Herzrhythmusstörungen, die Verbesserung der Blutfettwerte und die Verminderung des Risikos einer Leberverfettung durch die Verbesserung der Insulinwirksamkeit.

Fazit für Prevention First: Fisch zur Prävention! Jeder sollte mindestens 3 Portionen fetten Fisch pro Woche verzehren (z.B. Hering, Makrele, Sardinen, Thunfisch, Lachs) oder - falls man partout eine starke Abneigung gegen Fisch hätte – sicherheitshalber ein Omega-3 Präparat als Nahrungsergänzung einnehmen. «

Yassine HN et al., JAMA Neurol. doi: 10.1001/jamaneurol.2016.4899, Published online January 17, 2017

UNSERE REZEPTEMPFEHLUNG

KABELJAU – BLUMENKOHL – HASELNÜSSE

ZUTATEN für 4 Personen

1 kg Blumenkohl
4 Kabeljau Filets à 150 g
3 EL Olivenöl
3 EL Erdnussöl
50 g Tiroler Schinken
50 g Haselnüsse

FÜR DIE SAUCE:
80 g Schalotten
200 ml Möhrensaft
10 g frischer Ingwer
1 TL Koriandersaat
2 EL Olivenöl
70 ml Sherry (medium)
200 ml Rinderfond
Salz
Pfeffer
1-2 TL Seisestärke

ZUBEREITUNG

Haselnüsse in dünne Scheiben schneiden und ohne Öl in der Pfanne rösten.

Blumenkohl putzen, zerteilen und in kochendem Salzwasser kurz blanchieren, danach mit kaltem Wasser abschrecken.

Für die Sauce Koriandersaat im Mörser zerstoßen. Schalotten fein würfeln. Ingwer in dünne Scheiben schneiden. 2 EL Olivenöl in einem kleinen Topf erhitzen, die Schalotten darin anschwitzen, mit Sherry ablöschen und einkochen. Dann mit Rinderfond auffüllen und auf die Hälfte einkochen. Danach Koriandersaat, Möhrensaft und Ingwer zugeben. Nochmals auf die Hälfte reduzieren. Mit der Speisestärke abbinden. Dann die Sauce durch ein feines Sieb streichen. Warm stellen.

In einer Pfanne 3 EL Erdnussöl erhitzen und die Blumenkohlröschen unter Rühren braten. Speck zugeben.

Kabeljau Filet salzen und pfeffern. In einer weiteren Pfanne 3 EL Olivenöl erhitzen und das Kabeljau Filet auf der Hautseite ca. 3 Minuten scharf anbraten. Dann die Filets für 1-2 Minuten wenden.

Die Sauce als Spiegel auf die vorgewärmten Teller geben. Die Blumenkohlröschen mit dem Schinken darauf anrichten, Kabeljau dazugeben und mit den gerösteten Haselnuss-Scheiben dekorieren.

Guten Appetit!

UNSERE WEINEMPFEHLUNG

WEEDENBORN – TOP SAUVIGNON BLANC AUS DEUTSCHLAND

Die Rebsorte Sauvignon Blanc hat in den letzten vier Jahrzehnten einen gewaltigen Aufschwung erlebt: Ausgehend von einer Anbaufläche in 1980 von ca. 10 000 Hektar wird die Traube mittlerweile weltweit auf mehr als 120 000 Hektar angebaut und steht damit bei den Weißweinsorten hinter dem Chardonnay an zweiter Stelle.

So wie der Riesling zählt auch der Sauvignon Blanc zu den aromatischen, säurereichen Rebsorten. Er entstand als natürliche Kreuzung aus den Rebsorten Traminer und Chenin blanc. Seine ursprüngliche Heimat ist das französische Loiretal, dessen aus der Sauvignon Blanc-Traube gewonnenen Weine als Sancerre und Pouilly-Fumé vermarktet werden. Die Rebsorte bevorzugt warme Lagen und einen fruchtbaren, mittelschweren, nicht zu trockenen Boden. Aufgrund der dichten Blattstellung ist viel Laubarbeit im Weinberg notwendig. Sie reift eher spät, was auch eine gewisse Anfälligkeit für Fäulnis im Herbst bedingt.

Seit den neunziger Jahren hat sich Neuseeland als einer der führenden Produzenten von Sauvignon Blanc auf dem Weinmarkt etabliert. Das Weingut Cloudy Bay aus Marlborough genießt „Kultstatus", und wenn man irgendwo unterwegs ist und sieht diesen Namen auf einer Weinkarte, kann man sich tatsächlich auf eine beständig gute Qualität verlassen.

In kleinerem Umfang produzieren auch Süd-

afrika, Chile und Kalifornien Sauvignon Blanc (dort Fumé blanc genannt). In Europa fand man ihn außerhalb Frankreichs lange Zeit nur im italienischen Friaul sowie in kleiner, aber feiner Produktion in der Steiermark in Österreich.

Deutschland tauchte in der Liste der Sauvignon Blanc-Produzenten lange gar nicht auf. Mit dem Klimawandel haben sich allerdings die Anbaubedingungen in Deutschland erheblich verbessert, sodass mittlerweile knapp 500 ha Fläche, davon mehr als die Hälfte in Rheinhessen und der Pfalz mit Sauvignon Blanc bestückt sind. Mengenmäßig steht die Rebsorte in Deutschland damit etwa auf Platz 10 der Weißwein-Rebsorten.

Die Bandbreite unterschiedlicher Stilistiken ist beim Sauvignon Blanc deutlich größer als beispielsweise beim Chardonnay: Diese reicht von grasig-grünen Massenweinen mit spitzer Säure und häufig etwas Restsüße „zur Abrundung", die in großen Edelstahltanks ausgebaut werden, über mineralisch klare, aber mitunter etwas herbe Varianten von der Loire bis hin zu exotisch-fruchtigen, körperreichen, im Barrique ausgebauten Weinen (dann oft „Fumé" genannt).

Die Ertragsmenge im Weinberg, die bei den hochwertigen Weinen streng begrenzt wird, der vom Lesezeitpunkt bestimmte Ausreifungsgrad gesunder Trauben und noch mehr als bei anderen Rebsorten die schonende Vinifizierung (beispielsweise die Verarbeitung der Trauben mit Trockeneis, um den Most vor Oxidation zu schützen) beeinflussen stark das Ergebnis, denn die typischen Aromen des Sauvignon Blanc sind im Kontakt mit Sauerstoff schnell flüchtig und gehen verloren.

GESINE ROLL, WEINGUT WEEDENBORN, RHEINHESSEN

Die Berggemeinde Monzernheim liegt auf einer der höchsten Erhebungen Rheinhessens oberhalb der bekannten Westhofener Lagen Kirchspiel und Morstein. Im historischen Mittelpunkt des Dörfchens, der Weede, wo früher das Vieh getränkt wurde und sich alle Monzernheimer trafen, um Neuigkeiten auszutauschen, liegt das Weingut Weedenborn.

Von Fachleuten schon längst nicht mehr als Geheimtipp gehandelt und im Gault Millau bereits mit zwei Trauben ausgezeichnet, hat sich die aufstrebende, junge Winzerin Gesine Roll gerade mit ihrem Sauvignon Blanc einen Namen gemacht.

In dritter Generation bewirtschaftet sie im kleinen Familienweingut etwa 16 Hektar Rebfläche. Ihr Winzerhandwerk hat sie beim VDP Weingut Bassermann-Jordan in Deidesheim/Pfalz und in Südafrika beim Top-Weingut Vergelegen erlernt. Nach der Ausbildung zur Winzerin studierte sie Handelsmanagement und ist heute im Weingut hauptsächlich für den Keller, die Sensorik der Weine und deren Vermarktung zuständig.

Gesine Roll hat sich – so wie immer mehr deutsche Jungwinzer – dem naturnahen Weinbau verschrieben. Sie verzichtet konsequent auf Herbizide und Insektizide und stärkt die Reben und die Artenvielfalt im Weinberg mit Biokompost und speziellen Einsaaten von Gräsern und Kräutern. «

Verkostungs-Notiz vom 1.3.2017

Im Rahmen einer Blindverkostung verkosteten Winzerin Gesine Roll, Jochen Becker-Köhn und Wilhelm Weil vom Weingut Robert Weil, Kiedrich, sowie Oliver Bock, FAZ-Journalist und Weinexperte (http://rheingauer-weinschmecker.de/) eine internationale Auswahl von Sauvignon Blanc u.a. von der Loire, aus Südtirol, Südafrika und Neuseeland.

SAUVIGNON BLANC TROCKEN 2016 (FASSPROBE)

Dies ist der Gutswein, also die Basisqualität, der in Kürze auf die Flasche gezogen wird. In der Nase typische Sauvignon Blanc-Aromen: Stachelbeere, Holunderblüten, etwas Grapefruit. Im Geschmack finden sich tropische Früchte, Maracuja und Papaya. Der Wein ist frisch, hat Mineralität, aber auch Schmelz. Ein super leckerer Wein für heiße Sommertage!

Meine Bewertung: 88/100,
Trinkreife 2017-2018
Preis ab Weingut: 9,30 €

SAUVIGNON BLANC TERRA ROSSA 2015

Dieser Ortswein wächst auf einem geologisch besonderen, sehr eisenhaltigen Boden im Herzstück der Westhofener Steingrube, weshalb er früher „Roterd" hieß und heute Terra Rossa genannt wird. Der Terra Rossa-Jahrgang 2012 gewann die Sauvignon Blanc Trophy des Weinmagazins Falstaff mit 93 Punkten als bester deutscher Sauvignon Blanc.

Aromen nach frischer Minze, reifer Grapefruit und Stachelbeeren. Am Gaumen wunderbar komplex, dicht mit großer Aromenintensität von tropisch anmutenden Noten nach reifer Mango und Papaya. Sehr gute Struktur und fein ausbalanciert, elegant und sehr finessenreich.

In unserer Blindverkostung wurde der Terra Rossa 2015 auf Augenhöhe mit dem fast dreimal so teuren Flaggschiff des Weingut Cloudy Bay, dem „Te Koko" Sauvignon Blanc 2013 (ca. 40 €) eingestuft. Während letzterer sehr körperreich, fast ölig ankam, zeichnete sich der Terra Rossa mehr durch seine Eleganz und Mineralität aus und machte allen Verkostern großen Spaß. Ein hervorragender Essensbegleiter!

Meine Bewertung: 93/100,
Trinkreife 2017 bis 2020.
Preis ab Weingut: 16 €

Bezugsquelle
Weingut Weedenborn
Am Römer 4-6
D-55234 Monzernheim, Rheinhessen
Tel: +49 (0)6244 – 387
gesine@weedenborn.de
Preise ab Weingut zzgl. Versandkosten

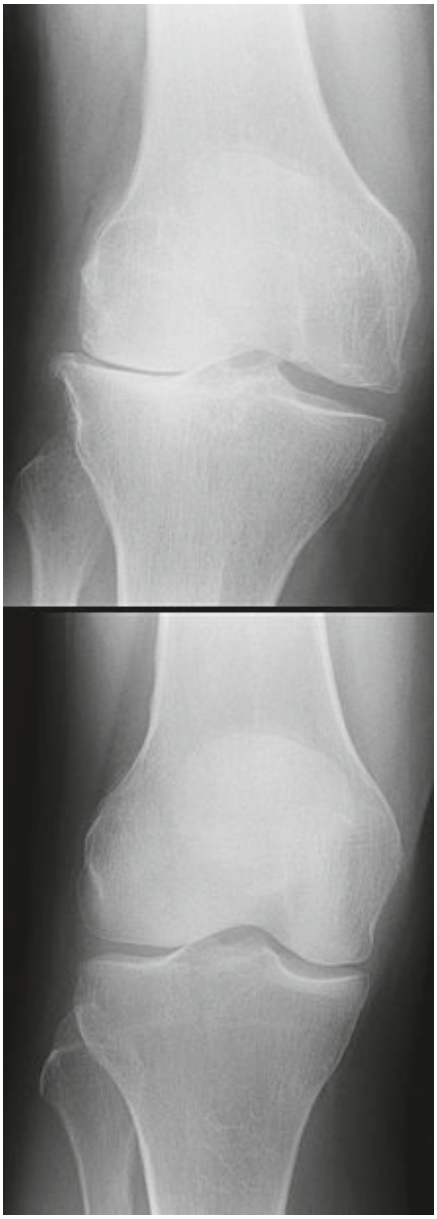
PLACEBO GEGEN ARTHROSE?

Dass ein Hersteller von Nahrungsergänzungsmitteln den „Health Claim" für sein Produkt wissenschaftlich untermauern will, ist eher eine Seltenheit. So aber nun geschehen in Spanien, wo die Firma Tedec Meiji Farma die Schutzwirkung ihres Nahrungsergänzungsmittels mit den Inhaltsstoffen Glucosamin und Chondroitin im Hinblick auf die Erhaltung der Gelenkfunktion bei Arthrose nachweisen wollte.

Glucosamin und Chondroitin sind Bestandteil des menschlichen Knorpels und sollen angeblich helfen, bei Patienten mit bestehender Arthrose (Gelenkverschleiß mit Knorpelschäden) den weiteren Knorpelabbau zu verhindern.

In einer Doppelblindstudie wurden 164 Patienten mit einer radiologisch belegten Arthrose und mäßigen bis mittelstarken Schmerzen (Intensität 40 bis 80 mm von 100 mm auf einer visuellen Analogskala, VAS) auf 2 Gruppen ausgelost: Die eine Hälfte (Verum-Gruppe) bekam das Nahrungsergänzungsmittel mit Chondroitinsulfat und Glucosaminsulfat, die andere Hälfte (Placebo-Gruppe) lediglich Kapseln ohne Wirkstoff.

Bereits nach 6 Monaten wurde die eigentlich für 12 Monate geplante Studie vorzeitig abgebrochen, weil eine Zwischenauswertung ergeben hatte, dass nicht mehr mit einem Erfolg zu rechnen war. Im Gegenteil: Das Schmerzempfinden nahm in der Plazebogruppe deutlich stärker ab als in der Verum-Gruppe. Wodurch konnte dieser völlig unerwartete Effekt ausgelöst werden?



Röntgenbild einer lateralen Kniegelenksarthrose (oben), erkennbar am verschmälerten Gelenkspalt, im Vergleich zu einem normalen Kniegelenk (unten)

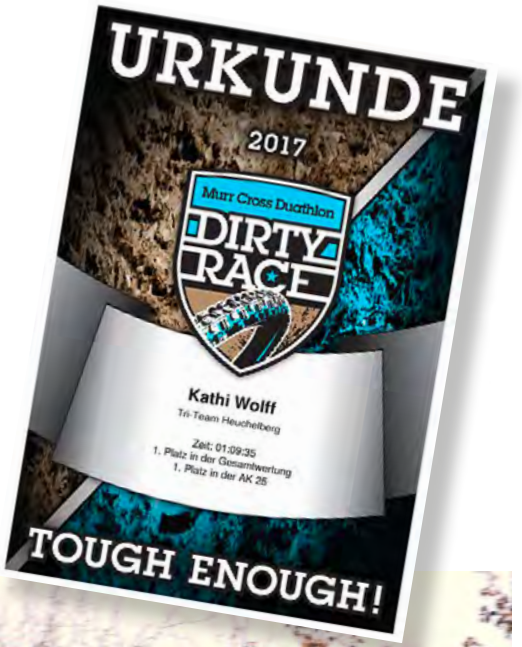
Schmerzen, beispielsweise Kopfschmerzen, sprechen bekanntlich in einem hohen Prozentsatz auf Placebo an.

Die Überlegenheit von Placebo gegenüber dem Nahrungsergänzungsmittel in der aktuellen Studie lag vermutlich daran, dass das Knorpelpräparat wegen Verdauungsbeschwerden signifikant häufiger abgesetzt wurde und somit „der Placeboeffekt in der Verum-Gruppe" wegfiel.

Fazit für Prevention First: Es gibt weiterhin keinen Wirksamkeitsnachweis für die sogenannten „Knorpelschutzpräparate". Der Placebo-Effekt wurde dagegen noch einmal ausdrücklich bestätigt, der auch für die Popularität der „Schmerzcremes" verantwortlich sein dürfte, die zur besten Sendezeit vor der Tagesschau beworben werden. Einreiben tut gut, und das wahrscheinlich egal womit ...
Die beste Prävention vor einem zunehmenden Gelenkverschleiß bietet eine regelmäßige, angepasste körperliche Aktivität, weil der Knorpel keine eigene Gefäßversorgung hat, sondern aus der Gelenkflüssigkeit heraus durch Druck und Entlastung ernährt werden muss. Wer beispielsweise bei Kniegelenksarthrose regelmäßig Rad fährt, tut seinem Knie etwas Gutes! «

Roman-Blas JA et al., Arthritis & Rheumatology 2017; 69: 77-85

KATHI WOLFF GEWINNT DAS DIRTY RACE 2017



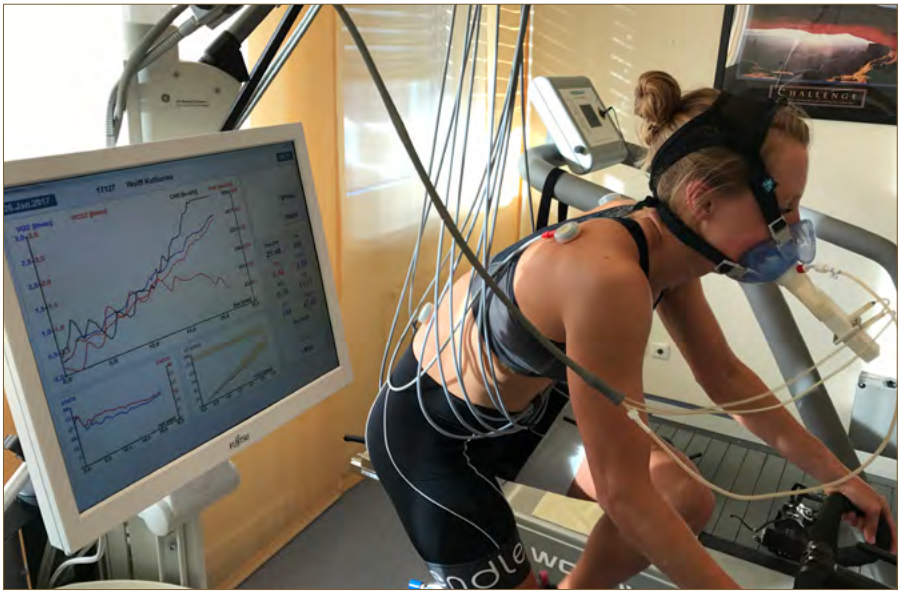
Die von Prevention First unterstützte Profi-Triathletin Kathi Wolff hat zum Saison-Auftakt am 28.01.2017 den Dirty Race Crossduathlon in Murr gewonnen.

Zu bewältigen waren ein 5 km-Crosslauf, 15 km Mountainbike auf teilweise schneebedeckter Strecke und zum Abschluss nochmals ein 4 km-Crosslauf.

Als amtierende deutsche Meisterin im Crossduathlon ließ Kathi der Konkurrenz keine Chance und gewann überlegen mit mehr als einer Minute Vorsprung.

Bei Ihrer einige Tage später in Rüdesheim durchgeführten Leistungsdiagnostik zeigte sich, dass Kathi in hervorragender Frühform ist und sich bereits jetzt gegenüber dem letzten Jahr deutlich gesteigert hat. Sowohl bei der maximalen Sauerstoffaufnahme als auch bei den Leistungswerten an den ventilatorischen Schwellen VT1 und VT2 erreichte Kathi neue persönliche Bestleistungen.

Dies lässt für die Triathlon-Saison 2017 hoffen!



Profi-Triathletin Kathi Wolff bei der aktuellen Leistungsdiagnostik in Rüdesheim

MEDIKAMENTE IN DER PRÄVENTION

BETABLOCKER ZUR BEHANDLUNG DES BLUTHOCHDRUCKS

VORAB EIN WARNHINWEIS: Sollten Sie regelmäßig einen Betablocker wie Metoprolol oder Bisoprolol einnehmen, dann dürfen Sie diesen auf keinen Fall plötzlich absetzen, da das zu schweren Blutdruckkrisen oder Herzrhythmusstörungen führen könnte!

Im Arzneiverordnungs-Report 2016 stehen die Wirkstoffe Metoprolol und Bisoprolol mit insgesamt mehr als 30 Mio. Verordnungen an sechster bzw. siebter Stelle der am häufigsten verordneten Medikamente in Deutschland. Sie werden eingesetzt zur Blutdrucksenkung bei Bluthochdruck, außerdem zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen bzw. grundsätzlich auch nach einem Herzinfarkt.

Der häufige Einsatz von Betablockern in Deutschland ist insofern verwunderlich, als sie in den meisten anderen Industrienationen für die Behandlung des Bluthochdrucks mittlerweile nur noch eine untergeordnete Rolle spielen. So erklären beispielsweise die Britischen NICE Guidelines zur Hochdruckbehandlung ganz eindeutig, dass Betablocker nur noch Mittel der vierten Wahl sind, und dass in der Erstbehandlung eines Bluthochdrucks ACE-Hemmer, AT1-Blocker und/oder Calciumantagonisten zu bevorzugen seien.

WIE WIRKEN BETABLOCKER?

Betablocker, eigentlich Betarezeptorenblocker, setzen sich vorzugsweise auf die Beta-1-Rezeptoren am Herzen und an der glatten Muskulatur der Schlagadern und blockieren damit sozusagen das Schloss, über welches die Hormone Adrenalin und Noradrenalin als Schlüssel Ihre Wirkungen (Steigerung von Puls und Blutdruck, Gefäßverengung) entfalten würden. Betablocker schützen dadurch vor stressbedingten Adrenalinanstiegen, senken den Blutdruck, verlangsamen den Puls und vermindern das Risiko für bestimmte Herzrhythmusstörungen.

WANN SIND BETABLOCKER SINNVOLL?

Nach einem Herzinfarkt ist die Einnahme eines Betablockers Pflicht, weil dadurch die Herzfrequenz verlangsamt, der Sauerstoffbedarf des Herzens reduziert und damit das Risiko für einen zweiten Infarkt erwiesenermaßen gesenkt wird.

Außerdem stabilisieren Betablocker den Herzrhythmus, wenn beispielsweise eine Tendenz zum Vorhofflimmern besteht. Herzrhythmusstörungen sind deshalb ein weiterer Grund, weshalb Betablocker notwendig sein können. Und schließlich kann für den Fall einer Herzinsuffizienz (Herzschwäche) durch eine niedrigdosierte Betablocker-Behandlung die Herzarbeit ökonomisiert und die Leistungsfähigkeit des Herzens wieder verbessert werden.

Für die Behandlung eines Bluthochdrucks bei ansonsten herzgesunden Patienten sollten Betablocker dagegen allenfalls als Mittel der vierten Wahl eingesetzt werden, wenn anders keine ausreichende Blutdrucksenkung möglich sein sollte.

Daneben gibt es seltenere Indikationen für den Einsatz von Betablockern wie Schilddrüsenfunktionsstörungen, Glaukom (erhöhter Augendruck, hier Betablocker-Augentropfen), auf die an dieser Stelle nicht näher eingegangen wird.

WELCHE NEBENWIRKUNGEN HABEN BETABLOCKER?

Betablocker besetzen – je nach Substanz unterschiedlich stark – neben den Beta 1-Rezeptoren an Herz und Gefäßen auch die Beta 2-Rezeptoren an den Atemwegen, die zur Erweiterung der Atemwege notwendig sind. Bei Menschen mit Asthma bronchiale könnten Betablocker deshalb Asthmaanfälle auslösen und sind für diese Patientengruppe kontraindiziert.

In manchen Fällen kann durch einen Betablocker der Puls so stark verlangsamt bzw. die Erregungsleitung am Herzen gestört werden, dass Komplikationen auftreten und sich der weitere Einsatz verbietet.

Bei Männern verursachen Betablocker häufiger Erektionsstörungen. Allgemein können Betablocker Müdigkeit, Schlafstörungen und depressive Verstimmungen bewirken.

Beim Sport wirken Betablocker stark leistungsmindernd, wenn man einmal von den Sportschützen absieht, bei denen Betablocker früher zum Doping eingesetzt wurden, um eine „ruhige Hand" zu haben. Der entscheidende Nachteil von Betablockern für Sportler ist die Einschränkung der Herzleistung. Durch den langsameren Anstieg der Herzfrequenz ergibt sich eine Verminderung des Herzminutenvolumens und damit eine geringere

Sauerstoffaufnahme. Dies ist mit sportlichen Höchstbelastungen nicht vereinbar.

Wichtig sind aber auch die Betablocker-Wirkungen auf den Stoffwechsel, gerade in Zeiten von Übergewicht, nicht-alkoholischer Leberverfettung und Prä-Diabetes. Eine Appetitsteigerung mit nachfolgender Gewichtszunahme, die Verschlechterung einer Insulinresistenz und damit des Zuckerstoffwechsels sind typische Betablocker-Nebenwirkungen.

WER SOLLTE BESSER NICHT MIT EINEM BETABLOCKER BEHANDELT WERDEN?

Die in Deutschland leider noch immer zu beobachtende Gewohnheit mancher Hausärzte, gerade jüngeren, übergewichtigen Männern zur Erstbehandlung eines unkomplizierten Bluthochdrucks einen Betablocker zu verordnen, ist aus Prevention First-Sicht der falsche Weg.

In großen Bluthochdruck-Studien haben ACE-Hemmer (wie Ramipril) bzw. AT1-Blocker (wie Candesartan oder Telmisartan) sowie Calciumantagonisten der dritten Generation (wie Amlodipin) im direkten Vergleich besser abgeschnitten als Betablocker. Sie senkten stärker das Risiko für einen Herzinfarkt oder Schlaganfall und waren besser verträglich, was für die Zuverlässigkeit der Medikamenteneinnahme sehr wichtig ist.

Fazit für Prevention First: Betablocker sind für die Blutdruckbehandlung weitgehend „out". Für die Behandlung des unkomplizierten Bluthochdrucks sollten ein ACE-Hemmer oder AT1-Blocker Mittel der ersten Wahl sein, bei nicht ausreichender Blutdrucksenkung im zweiten Schritt dann ergänzt um einen Calciumantagonisten. Diese beiden Substanzklassen schränken die körperliche Leistungsfähigkeit nicht ein und sind deshalb auch für Sportler gut geeignet. Außerdem sind sie für Menschen mit Übergewicht und erhöhtem Diabetesrisiko aufgrund Ihrer Stoffwechselneutralität günstiger. «

FEINSTAUBBELASTUNG DURCH AUTOVERKEHR STEIGERT DAS DEMENZRISIKO

Wie wir bereits früher berichteten, verursacht eine erhöhte Feinstaubbelastung über die Aufnahme kleinster Partikel in der Lunge Entzündungsreize im ganzen Körper, die den Prozess der Arteriosklerose anheizen können. Außerdem zeigten mehrere Studien übereinstimmend, dass das Lernen und die Merkfähigkeit von Kindern in Regionen mit hoher Verkehrsbelastung beeinträchtigt werden. Nun hat eine kanadische Studie untersucht, inwieweit das Wohnen in der Nähe viel befahrener Straßen das Demenzrisiko erhöht.

Von 2001 bis 2012 wurden in der Provinz Ontario über 240 000 Erstdiagnosen einer Demenz erfasst und mit dem Wohnort der betroffenen Patienten (unter Berücksichtigung früherer Umzüge) und dessen Abstand zu viel befahrenen Straßen korreliert.

Der Abstand zur nächsten größeren Straße korrelierte invers und statistisch hoch signifikant mit dem Demenzrisiko: Es lag um 12% höher für diejenigen, die in Großstädten weniger als 50 m von einer viel befahrenen Straße entfernt wohnten im Vergleich zu denen, bei denen der Abstand mehr als 200 m betrug. Die Resultate waren konstant bei statistischer Kontrolle für eine Ungleichverteilung von Rauchern, Übergewicht, körperlicher Aktivität und Bildungsstand.

Die Tatsache, dass sich – anders als bei der Demenz – kein Zusammenhang zwischen der Verkehrsbelastung und dem Risiko für Multiple Sklerose oder Morbus Parkinson zeigte, deren Entstehung durch völlig andere Prozesse beeinflusst wird, spricht stark dafür, dass es tatsächlich die Feinstaubbelastung ist, die das Demenzrisiko steigert.

Fazit für Prevention First: Auch saubere Luft ist Prävention! Deshalb plädieren wir für eine ressortübergreifende Gesundheitspolitik als „Health-in-all-policies-Strategie". Vielleicht sollten sich Herr Gröhe und Herr Dobrindt (oder im Herbst ihre Nachfolger) einmal zusammensetzen und das Thema besprechen ... «

Chen H, Lancet 2017: Published Online January 4, 2017, http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32399-6

ZWEIFELHAFTE SPONSORING DURCH SOFTDRINK-HERSTELLER

Zwei Forscher der Harvard School of Public Health haben im American Journal for Preventive Medicine aufgedeckt, wie stark sich die Hersteller von Softdrinks, konkret The Coca-Cola Company und PepsiCo, beim Sponsoring von Organisationen engagieren, deren Aufgabe die Gesundheitsförderung und insbesondere die Bekämpfung der Adipositas sind. Von 2011 bis 2015 flossen von den beiden genannten Firmen Sponsorengelder an 96 nationale Gesundheitsinstitutionen der USA, darunter die American Diabetes Association, die American Society for Nutrition, die American Heart Association und die American Pediatric Association.

Während der gleichen Zeit intervenierten die beiden Firmen über ihre Lobbyisten bei 28 von 29 Gesetzesinitiativen, deren Ziel es war, den Softdrink-Konsum der Bevölkerung zu reduzieren bzw. die Ernährungsgewohnheiten der Bevölkerung durch Werbebeschränkungen, Limitierung von Portionsgrößen oder bessere Aufklärung zu verbessern.

Dafür gaben sie direkt oder indirekt über ihre Lobby-Organisationen wie die American Beverage Association in der Spitze rund 40 Millionen US-Dollar pro Jahr aus.

Nach Ansicht der Autoren sollten alle Gesundheitsinstitutionen der USA grundsätzlich ein Sponsoring durch Softdrink-Hersteller ablehnen, weil sie ansonsten direkt oder indirekt das Marketing dieser Firmen unterstützen und ihren eigenen Zielen zuwiderhandeln.

p.s.: Neueste Daten aus Australien und Mexiko zeigen übrigens, dass eine Zuckersteuer, also erhöhte Mehrwertsteuer auf zuckerhaltige Getränke und Lebensmittel mit zugesetztem Zucker, zu einer Verminderung des Verbrauchs dieser Produkte und gesundheitsökonomisch betrachtet zu Einsparungen für das Gesundheitswesen führt. Und darin sind sich die Deutsche Gesellschaft für Ernährung und die Deutsche Akademie für PräventivMedizin einig: Deutschland braucht eine Zuckersteuer! «

Aaron DG, Siegel MB, Am J Prev Med 2017; 52: 20-30

Fazit für Prevention First: Organisationen, die sich der Förderung von Gesundheit und Sport verschrieben haben, sollten bei der Auswahl ihrer Sponsoren bedenken, welches Bild sie damit abgeben. Beispielsweise könnte man auch dem Internationalen Olympischen Komitee nahelegen, die Gesundheit „der Jugend der Welt" bei der Sponsorenauswahl stärker zu berücksichtigen, anstatt Softdrinks, Süßkram und Fast Food zu promoten. «

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

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

Dortmund
Wellinghofer Amtsstraße 33 . 44265 Dortmund
Fon: +49 (0) 231-29 27 80 26 . Fax: +49 (0) 231-29 27 80 43
dortmund@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

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

Aachen
Kapuzinergraben 18–22 . 52062 Aachen
Fon: +49 (0) 241-49 641 . Fax: +49 (0) 241-49 621
aachen@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 © 1/2017 – Verantwortlich für Inhalt und Text: Dr. med. Johannes Scholl – Layout: Gaby Bittner, Foto Titel + S.4: © Maridav - Fotolia.com, S.2 Bike-Hotels Südtirol, www.bikehotels.it, S.3 By WyrdLight.com, CC BY-SA 3.0, https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=6210945, S.5/6 Kniebeuge: Eric Koletzki , S.7 Lipoprotein(a)-Bilder: mit freundlicher Genehmigung von Dr. Sotirios Tsimikas, Division of Cardiovascular Medicine, University of California San Diego, La Jolla, California, S.9 Walnuss: Wikimedia commons: abu a.k.a Andrzej Burak, http://sxc.hu/browse.phtml?f=profile&l=abu; Nüsse © Rawf8 - Fotolia.com, S.10 Lachs © anaumenko - Fotolia.com, S.11 Blumenkohl © Tim UR - Fotolia.com, S.12-14 Gesine Roll, Weingut Weedenborn, S. 15 Wikimedia Commons, J. Lengerke Fahrradillu © JiSign - Fotolia.com, S.16 Leistungsdiagnostik: J. Scholl, Fotos: Kathi Wolff, Urkunde: Kathi Wolff, S.17 Tablette Metoprolol: National Library of Medicine - Pillbox, S. 18 Abgas © fotohansel - Fotolia.com, S. 19 Trinkhalm © npaveln - Fotolia.com