



prevention first® journal

November | 2023



**ABNEHMEN WIE DIE
HOLLYWOOD-STARS S.3**

**PILLE PLUS DICLO
THROMBOSERISIKO S. 9**

**EMULGATOREN IN
LEBENSMITTELN S. 10**

**PURE STUDY:
GESÜNDER ESSEN S. 11**

**VITAMIN D IM
WINTERHALBJAHR S. 13**

**PREVENTION FIRST
IMPF-CHECK S. 15**

**CHARDONNAY
TASTING 🇩🇪 VS 🇫🇷 S. 17**

**PROF. MARTIN:
KRITIK AN ÖZDEMIR
UND LAUTERBACH S. 22**



Zwischen den schlimmen Nachrichten aus aller Welt gab es letztes eine Kurzmeldung, die mich als Präventivmediziner ebenfalls bestürzt hat: Das von Gesundheitsminister Lauterbach geplante Rauchverbot am Steuer, wenn Minderjährige oder Schwangere im Auto mitfahren, wurde auf Druck der FDP gekippt und wird nicht kommen. Die Freiheit qualmender Eltern wird offensichtlich von manchen höher eingeschätzt als der Schutz der Kinder vor der Vergiftung mit krebs-erregenden Substanzen. Zugegeben – so wird vermutlich niemand argumentiert haben – da ging es wohl eher um politische Machtspielchen, aber aufregen kann man sich darüber schon einmal. Denn Deutschland war ja schon immer der Bremser bei der Bekämpfung des Tabakkonsums in Europa [\[s. PF Journal April 2022\]](#) und liegt im „Tobacco Control Ranking“ der EU weiterhin auf dem letzten Platz.

Tabakkontrolle in Deutschland

Sollte ich einmal Gesundheitsminister werden, dann würde ich die Tabakpreise drastisch erhöhen, beispielsweise auf das Level von Australien. Statt knapp 8 € kostet die Schachtel Zigaretten dort 23 €. Innerhalb weniger Monate würde die Hälfte aller Raucher:innen das Rauchen beenden, und unserem Gesundheitswesen würden immense Kosten erspart. Ich würde außerdem ein Gesetz erlassen, dass keine nach 2010 geborenen Menschen jemals noch mit dem Rauchen anfangen dürften, so wie das in Neuseeland schon umgesetzt ist und auch in Großbritannien demnächst kommen soll.

Und natürlich käme auch das Rauchverbot im Auto bei mitfahrenden Kindern oder Schwangere. Ich weiß nur nicht, wie lange ich dann als Gesundheitsminister überleben würde.

CT-Screening auf Lungenkrebs

Aktuell diskutiert man, ob alle langjährigen Raucher:innen demnächst auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung zwecks Früherkennung von Lungenkrebs zur Computertomografie geschickt werden dürfen. Tatsächlich kann durch das CT ein Tumor früher erkannt werden als in der klassischen Röntgenuntersuchung. Das Risiko für einen Todesfall an Lungen-

krebs wird durch das CT-Screening um ca. 20% vermindert, jedoch um den Preis vieler Fehlalarme, überflüssiger Lungenbiopsien und unnötiger operativer Eingriffe. Und 4 von 5 Raucher:innen mit Lungenkrebs werden trotz des Screenings am Krebs versterben.

Gesundheitspolitisch betrachtet wäre es mindestens 7x kosteneffizienter, sämtliche verfügbaren Mittel in die Bekämpfung des Tabakkonsums zu stecken. Denn dadurch würden innerhalb von 10 Jahren die Neuerkrankungen an Lungenkrebs um 50% sinken. Doch wie bei meinem Lieblingsthema Typ 2-Diabetes gilt auch beim



Lungenkrebs: „Der Markt verdient nur am Schaden“. Lungenfachärzte, Radiologen und Thoraxchirurgen plädieren selbstverständlich für das CT-Screening.

PSA-Screening – wieder mal...

Ins „Screening-Horn“ stoßen aktuell auch die Urologen: Sie haben die Debatte um den PSA-Wert neu entfacht, obwohl der mögliche Schaden durch das PSA-Screening den sehr geringen Nutzen einer Früherkennung von Prostatakrebs deutlich überwiegt. Faktenlage ist weiterhin: Wenn 1000 Männer im Alter von 55 Jahren mit dem PSA-Test untersucht werden, gibt es 240-mal „Alarm“, 100 Diagnosen von Prostatakrebs, 80 radikale Operationen oder Bestrahlungen, und 60 Männer werden dauerhaft impotent und/oder inkontinent. Und das für 1-2 Männer von den 1000 Gescreenteten (genau: 1,4 von 1000), die weniger am Prostatakarzinom sterben.

Darüber müsste man vor Einführung eines bevölkerungsweiten Screenings offen diskutieren. Merkwürdigerweise hat unser Gesundheitsminister kürzlich im ZDF von einer „überwältigen

Evidenz“ für das PSA-Screening gesprochen. Da hätte er sich vorher besser einmal mit der Studienlage beschäftigen und den Urologen nicht auf dem Leim gehen sollen. Lobbyismus, wo man hinschaut...

Bei Prevention First klären wir grundsätzlich über die möglichen Schäden auf, bevor wir – in Ausnahmefällen – das PSA bestimmen. Beispielsweise bei einer Familienvorgeschichte für Prostatakrebs oder bei Beschwerden. Merken Sie sich auch: Zwei Tage vor einer PSA-Bestimmung sollte man keinen Sex gehabt und auch keine längere Radtour unternommen haben. Eine Ejakulation oder der Druck des Fahrradsattels kann den unspezifischen PSA-Wert, der ja selbst gar nichts mit Krebs zu tun hat, vorübergehend in die Höhe treiben.

Abnehmen wie die Hollywood-Stars

Die Coverstory dieses Prevention First-Journals dreht sich um die gehypten Hormonspritzen zum Abnehmen: Ozempic® und Wegovy®. Sind sie die Lösung für die Adipositas-Epidemie? Wer bedenkt die langfristigen Folgen?

Das Thema ist mir so wichtig, dass ich für den spannenden Blick hinter die Kulissen der Hormonforschung ungewöhnlich weit ausgeholt habe. Wem das zu lang scheint: Im „Fazit für Prevention First“ finden Sie wie immer eine kurze Zusammenfassung.

Peter Kurz stellt Ihnen die neueste Auswertung aus der PURE-Study vor, die das Ernährungsverhalten im globalen Maßstab untersucht. Welche Ernährungsweise könnte die Menschheit tatsächlich gesünder halten? Kleiner Spoiler: Es ist nicht die „Planeten-Diät“.

Und ganz sicher helfen uns auch nicht die künstlichen, ultraprozessierten Lebensmittel voller verklausulierter Zusatzstoffe, wie die französische Nutri-Santé-Studie vor kurzem berichtet hat. Bestimmte Emulgatoren und Kunstfette steigern im Gegenteil sogar das Herzkreislauf-Risiko.

Im kommenden Winter sollten Sie wieder Vitamin D einnehmen. Mehrere gute Gründe dafür nennt Ihnen unsere neue Münchner Kollegin Mareike Schmitt.

Frauen im gebärfähigen Alter, die die Pille nehmen, sollten besonders vorsichtig mit Schmerzmitteln wie Diclofenac sein. Aus Dänemark meldet eine große Studie, dass diese Kombination das Thromboserisiko erheblich steigern kann.

Und wie immer kommt der Genuss nicht zu kurz: Neben einem leckeren Gemüsegericht von Peter Kurz berichte ich Ihnen über eine spektakuläre Chardonnay-Blindverkostung, das „Judgement of Kiedrich“ mit dem Vergleich Deutschland versus Frankreich.

Das gesamte Prevention First Team wünscht Ihnen eine schöne (Vor)Weihnachtszeit. Trainieren Sie all die Leckereien, die bald bei Weihnachtsfeiern und Weihnachtsmärkten auf Sie warten, am besten gleich wieder ab, damit Sie im neuen Jahr beim Blick auf die Waage nicht erschrecken. Prevention First eben ...

*Herzliche Grüße
Ihr
Johannes Scholl*



ABNEHMEN WIE DIE HOLLYWOOD-STARS

Wäre es nicht fantastisch: einfach weiter alles zu essen wie bisher und trotzdem abnehmen zu können? Keine Diäten mehr, auf nichts verzichten müssen, nicht mal Sport wäre notwendig. Für manche ein verführerischer Gedanke, der mit dem ehemals zur Diabetes-Therapie entwickelten Hormon Semaglutid nun in der Therapie der Adipositas Realität zu werden scheint.

Bei der diesjährigen Oscar-Verleihung in Hollywood sorgte der Moderator und Comedian Jimmy Kimmel in seiner Eröffnungsrede für peinlich berührtes Gelächter: „Everybody looks so great. When I look around this room I can´t help but wonder: Is Ozempic right for me?“

Er spielte damit vor einem Zig-Millionen-Publikum an den TV-Bildschirmen auf den unter der versammelten Hollywood-Prominenz sehr beliebten „off-label“ Einsatz des Diabetes-Medikaments Ozempic zum Abnehmen an. Ein Schelm, wer dabei auf die Idee käme, dass die Marketing-Abteilung von Novo Nordisk den Gag-Schreibern von Jimmy Kimmel ein wenig geholfen haben könnte. Mehr Reichweite in der Werbung ist sonst vielleicht nur beim Super Bowl möglich...

Doch was ist wirklich dran an dem Hype um die Abnehmspritze? Ist sie die Lösung auch für Menschen ohne Diabetes? Oder gar für übergewichtige Kinder und Jugendliche?

Bei meinen Check-up-Untersuchungen werde ich mittlerweile häufig auf die Präparate Ozempic® oder Wegovy® angesprochen. Ersteres wird mit 0,25-1,0 mg Semaglutid pro Woche für die Diabetestherapie, letzteres bis zu 2,4 mg pro Woche für den Einsatz bei Adipositas dosiert.

Der Wunsch nach dem einfachen Weg zur Gewichtsreduktion hat dazu geführt, dass Ozempic® für die Behandlung von Menschen mit Typ 2-Diabetes in Deutschland vorübergehend nicht lieferbar war. Novo Nordisk kommt mit der Produktion kaum noch hinterher. Und nachdem dessen Aktie ihren Wert seit 2018 verfünffacht hat, ist Novo Nordisk zwischenzeitlich zum „wertvollsten Unternehmen“ in Europa aufgestiegen. So groß ist der „Markt“ für die Adipositas.



Semaglutid gehört zur Gruppe der GLP-1-Agonisten, ist also ein Hormon, das in den Zuckerstoffwechsel eingreift. Doch nicht nur das: Es führt dosisabhängig zu einer deutlichen Gewichtsreduktion und scheint sogar die Herzleistung bei Herzschwäche wieder zu verbessern. Warum sollte man es also nicht breit einsetzen für alle, die ein paar Pfunde zu viel haben?

Diese Frage will ich Ihnen detailliert beantworten, muss dazu jedoch ein bisschen weiter ausholen. Denn das Verständnis der Wirkungen unserer Darmhormone ist für die Beantwortung der Frage entscheidend. Wem das zu lang scheint: Im „Fazit für Prevention First“ finden Sie wie immer die Kurzfassung.

Schauen wir also zunächst in die Geschichte der Hormonforschung.

DIE HISTORIE VON GLP-1

Vor 120 Jahren war der Diabetes (Typ 1 und Typ 2 konnte man damals noch nicht unterscheiden) eine seltene Erkrankung, jedoch verlief sie fast immer tödlich. Aus Tierexperimenten wusste man bereits, dass der Diabetes mit einer Störung der Bauchspeicheldrüse zusammenhängt. Auf der Suche nach Möglichkeiten, den erhöhten Blutzuckerspiegel zu senken, stellten Endokrinologen (Hormonforscher) erstmals 1906 die Hypothese auf, dass bestimmte „Extrakte“ aus dem Dünndarm die Bauchspeicheldrüse „erregen würden“, mehr

Verdauungssäfte auszuschütten. Man nannte diese Substanzen deshalb „Inkretine“. 1921 wurde das Insulin entdeckt, wodurch schon ein Jahr später der Typ 1-Diabetes behandelt werden konnte. [\[s. PF-Journal 12/2020\]](#).

Jedoch sollte es noch Jahrzehnte dauern, bis man die Zusammenhänge zwischen der Nahrungsaufnahme und der Stimulation der Insulinausschüttung über verschiedene, vom Darm gebildete Hormone enträtselte. 1964 wies man nach, dass die Ausschüttung von Darmhormonen beim „nicht-insulinabhängigen Diabetes“ (unserem heutigen Typ 2-Diabetes) schwer gestört war.

DARMHORMONE BEEINFLUSSEN DIE INSULINWIRKUNG

Ein Hormon, das im oberen Dünndarm produziert wird, das Glucose-abhängige insulinotrope Peptid GIP, wurde Anfang der 80er Jahre entdeckt. Es ist ein potenter Stimulator der Insulinausschüttung für den Fall, dass schnell verdauliche Kohlenhydrate bereits im oberen Dünndarm aufgenommen werden und in die Blutbahn gelangen. Purer Traubenzucker, aber auch Weißbrot und andere stärke-reiche Lebensmittel wie Kartoffeln, Reis oder Cornflakes lösen eine starke GIP-Ausschüttung aus.

Spoiler an dieser Stelle: Wenn man dieses System durch eine kohlenhydratreiche Ernährung

überlastet, führen die hohen Insulinspiegel über die verstärkte Neubildung von Fett in der Leber zur Leberverfettung. Dadurch entsteht eine Insulinresistenz mit ständig erhöhten Insulinspiegeln, die schließlich das Auftreten eines Typ-2-Diabetes begünstigt. Und hat sich der Typ-2-Diabetes erst einmal manifestiert, verliert GIP überraschenderweise weitgehend seine Wirkung.

1981 entdeckte der dänische Forscher Jens J. Holst, auf den ich noch einmal zu sprechen kommen werde, ein weiteres Hormon, diesmal im unteren Dünndarm, das dem zweiten Bauchspeicheldrüsenhormon, dem Glucagon, ähnlich war. Man nannte es Glucagon-like Peptid 1, oder kurz GLP-1.

GLP-1-WIRKUNG AUF INSULIN UND GLUCAGON

Die Entwicklungen der Molekulargenetik erlaubten wenige Jahre später genauere Analysen der hormonellen Zusammenhänge und führten zu der Erkenntnis, dass GLP-1 einerseits nach einer Mahlzeit die Insulinausschüttung verstärkt und andererseits am Morgen die Wirkung von Glucagon unterdrückt, welches für die Anhebung des Blutzuckerspiegels verantwortlich ist.

GLP-1 senkt also sowohl die Blutzuckerspitzen nach dem Essen als auch den Nüchtern-Blutzucker am Morgen. Sehr vorteilhaft ist außerdem, dass bei abfallendem Blutzucker die GLP-1-Wirkung nachlässt, sodass dieses Darmhormon kaum Unterzucker-Symptome verursachen kann. Und schließlich bleibt die GLP-1-Wirkung auch bei Typ 2-Diabetes erhalten – anders als beim oben erwähnten GIP.

Die Wirkdauer des im Darm gebildeten GLP-1 ist allerdings sehr kurz: Die sogenannte Halbwertszeit (HWZ), also die Zeit, nach der die Wirkung des Hormons auf die Hälfte abgefallen ist, liegt bei nur 1-2 Minuten. Deshalb konnte GLP-1 in den ersten Experimenten nur als intravenöse Dauerinfusion verabreicht werden.

Anfang der 90er Jahre wurde mit Infusionen von synthetisch hergestelltem GLP-1 zum ersten Mal bei Menschen mit Typ 2-Diabetes nachgewiesen, dass dieses Hormons wirksam den Zuckerstoffwechsel verbessert. Synthetisches GLP-1 kam jedoch wegen der Notwendigkeit zur intravenösen Gabe nicht als therapeutische Option infrage.

WIRKUNG DER NAHRUNG AUF GIP UND GLP-1

In einem interessanten Experiment hat der Endokrinologe Andreas Pfeiffer von der Charité vor einigen Jahren die Hormonantwort im Darm nach dem Verzehr von Zucker untersucht. Er setzte zwei fast identische Doppelzucker dafür ein: Saccharose (klassischen Rohrzucker) und Isomaltulose, die ebenfalls aus Glucose und Fructose besteht, aber chemisch anders verknüpft ist. Während die Saccharose superschnell im oberen Dünndarm aufgenommen wird, kann die Isomaltulose nur langsam gespalten werden und gelangt deshalb erst über den unteren Dünndarm in die Blutbahn. Die Unterschiede in der Hormonantwort waren deutlich. Ich habe Ihnen das Resultat der Studie in der nebenstehenden Abbildung einmal praxisrelevant „übersetzt“: Ob Sie 50g Cornflakes oder 50g Linsen verzehren, macht einen riesigen Unterschied auf den Verlauf von Blutzucker, GIP, Insulin und GLP-1 in den folgenden drei Stunden.

GLP-1 WIRKSAM ALS APPETITBREMSE?

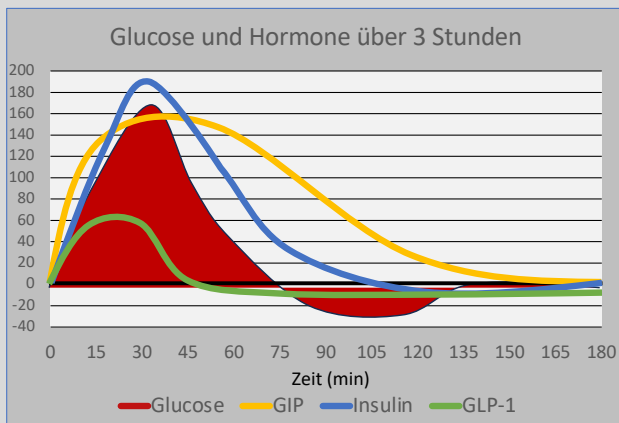
Auf der Suche nach weiteren Wirkungen von GLP-1 fand man Ende der 80er Jahre in Tierexperimenten heraus, dass es auch im Gehirn



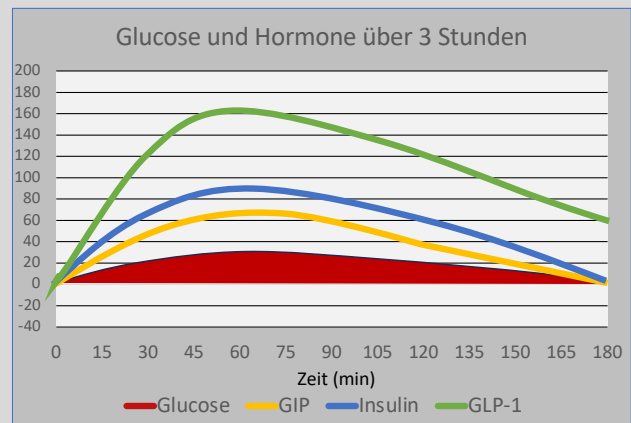
50 g Cornflakes



50 g Linsen



- Hohe Blutzucker- und Insulinspitzen, hohes GIP, niedriges GLP-1
- „Beinahe-Unterzucker“ nach 90-120 min = Hungergefühl



- Hohes GLP-1, flacher Blutzuckerverlauf, niedrigeres Insulin
- Länger anhaltende Sättigung -> weniger Kalorien über 24 Stunden

GLP-1-Rezeptoren (also Schlösser für den Schlüssel GLP-1) gibt, über die das Hormon den Appetit bremst. Die appetithemmende Wirkung von GLP-1 wurde schließlich 1998 auch beim Menschen bestätigt.

Ein weiterer, wichtiger Effekt von GLP-1, der sich auf die Nahrungsaufnahme auswirkt, ist die deutliche Verzögerung der Magenentleerung nach einer Mahlzeit und die Verlangsamung der allgemeinen Darmaktivität. Beides wirkt sich günstig aus auf den Blutzucker-Verlauf und die Kalorienaufnahme.

Doch ein Problem blieb weiter ungelöst: Wie wollte man die offensichtlich günstigen hormonellen Wirkungen von GLP-1 bei Menschen mit Diabetes therapeutisch nutzen, wenn seine Wirkdauer so kurz war und es als Infusion zugeführt werden musste.

Zunächst fand man heraus, warum GLP-1 im Körper so schnell abgebaut wird: Dafür ist eine bestimmte Eiweißschere, das Enzym Dipeptidyl Peptidase 4, verantwortlich. Dessen Hemmung verlangsamt den Abbau von GLP-1. Die erste Substanz, die 2004 als DPP 4-Hemmer auf den Markt kam, war Vildagliptin. Sie brachte eine durchschnittliche HbA1c-Senkung von 0,7 %. Mehr war mit den DPP4-Inhibitoren allerdings nicht zu erreichen, denn GLP-1 verlässt den Körper auch auf anderem Wege recht schnell, nämlich über die Nieren.



„MONSTER-SPEICHEL“ FÜR DIE DIABETES-THERAPIE

Dann betrat ein Monster die Bühne der Pharmakologie: In der Wüste von Arizona lebt eine giftige Eidechse, das Gila-Monster (*Heloderma suspectum*), in deren Speichel (nicht in Ihrem Gift!) man eine Substanz identifizierte, die Exendin-4 genannt wurde und einen blutzuckersenkenden Effekt hatte. Exendin-4 hat von den Eiweißbausteinen eine starke Ähnlichkeit mit GLP-1 und wurde in der Folge synthetisch unter dem Namen Exenatide hergestellt.

Mit einer Halbwertszeit von 5-7 Stunden muss Exenatide zweimal täglich unter die

Haut gespritzt werden, um eine gute Wirkung auf den Blutzuckerstoffwechsel zu entfalten. Allerdings entwickelt jeder dritte Patient im Laufe des ersten Jahres Antikörper gegen diese Substanz, die dadurch ihre Wirkung einbüßt.

Durch die Kopplung des eigentlichen GLP-1-wirksamen Moleküls Exenatide an größere Moleküle, die vom Körper nur mühsam abgebaut werden können, konnte man die Halbwertszeit der Substanzen sukzessive verlängern. 2010 kam Liraglutid auf den Markt, das eine HWZ von 13 Stunden hat und einmal täglich gespritzt werden kann. Bei der nächsten Substanz, Dulaglutid, verlängerte sich die HWZ auf 5 Tage. Und mit Semaglutid stieg sie auf 7 Tage, sodass praktischerweise eine einmal wöchentliche Injektion ins Unterhautfettgewebe für eine gute blutzuckersenkende Wirksamkeit ausreichend ist.

SEMAGLUTID BEI ADIPOSITAS – EIN MULTI-MILLIARDEN-MARKT

Nachdem in der Diabetestherapie mit einer Dosis von 0,5-1,0 mg Semaglutid pro Woche im Vergleich zu Placebo neben der deutlichen Verbesserung des HbA1c um ca. 1,5% zusätzlich auch eine Gewichtsreduktion von durchschnittlich 6-8 kg erreicht werden konnte, ergab sich zwangsläufig die Frage, ob auch Menschen mit Adipositas ohne Diabetes von Semaglutid profitieren könnten. Bekanntlich ist bei Adipositas der Zuckerstoffwechsel häufig im Sinne eines Prädiabetes gestört, sodass die Hypothese sehr plausibel schien.



Entsprechend wurde vom Semaglutid-Hersteller NovoNordisk eine ganze Serie groß angelegter, multizentrische Studien gestartet, die **Semaglutide Treatment Effect in People with Obesity-Studien**, mit dem Akronym **STEP** bezeichnet. Sie prüften alle erdenklichen Fragestellungen, unter denen Semaglutid therapeutisch genutzt werden könnte: bei Adipositas (noch) ohne Diabetes, bei Adipositas mit Diabetes, im Vergleich zu Lebensstilmaßnahmen oder lediglich im Vergleich zu Placebo ohne weitere Beratung, in verschiedenen ethnischen Gruppen, bei Kindern und Jugendlichen, bei Menschen mit Herzinsuffizienz (Herzschwäche) und schließlich auch im Hinblick auf die Nachhaltigkeit der Gewichtsreduktion nach dem Absetzen von Semaglutid (s. Abb. STEP 4-Studie).

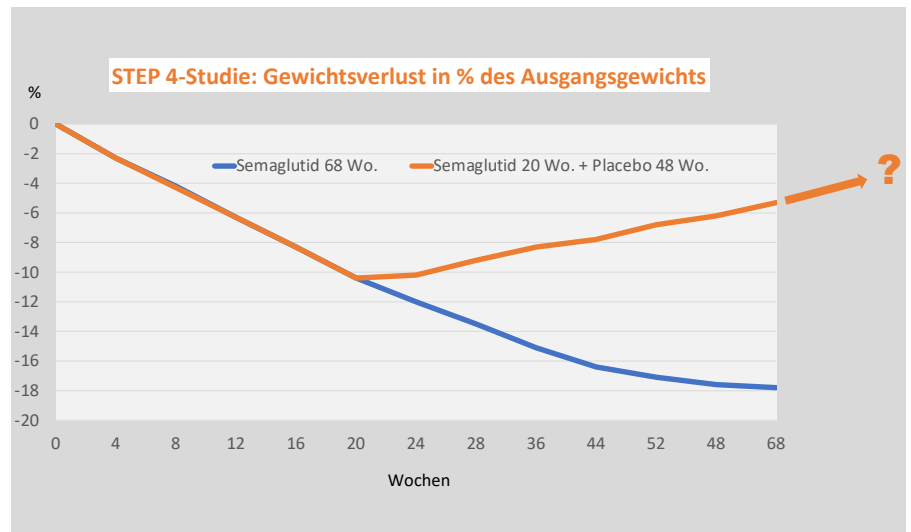
Die einzelnen Ergebnisse der STEP-Studien finden Sie im Textkasten auf der Seite 7.

Während in der Diabetestherapie eine wöchentliche Dosis bis maximal 1,0 mg pro Woche eingesetzt wird, steigerte man in den STEP-Studien zur Gewichtsreduktion die Dosis schrittweise bis auf 2,4 mg/Woche.

Fazit aller STEP-Studien: Semaglutid bewirkt im Vergleich zu Placebo eine starke Gewichtsreduktion von durchschnittlich 15 % nach 68 Wochen. Das Ansprechen auf Semaglutid ist jedoch unterschiedlich stark ausgeprägt und nach neueren, hochrangig in NATURE Genomics publizierten Analysen von der genetischen Grundausstattung des Menschen abhängig. Das Ausmaß der Gewichtsreduktion unter GLP-1-Therapie hängt also auch von den individuellen Genen ab.

KURZFRISTIG SICHER – LANGFRISTIGE FOLGEN UNKLAR

Das kurzfristige Nebenwirkungspotenzial von Semaglutid ist überschaubar und beschränkt sich im Wesentlichen auf den Magen-Darm-Trakt mit Übelkeit, Erbrechen, Durchfall und Verstopfung. Wie bei allen Maßnahmen zur drastischen Gewichtsreduktion ist auch bei Semaglutid das Risiko für die Bildung von Gallensteinen und entsprechenden Komplikationen wie Gallenkoliken und Gallenblasenentzündung erhöht. Nach einer aktuellen Auswertung von U.S.-Krankenversicherungs-



daten kam es unter Semaglutid 9 x häufiger zu einer Bauchspeicheldrüsenentzündung als bei Patienten, die kein Semaglutid erhielten. Die absolute Häufigkeit einer Pankreatitis lag unter Semaglutid bei einem knappen Prozent.

Im Beipackzettel zu Semaglutid-Präparaten verlangt die amerikanische Zulassungsbehörde FDA einen Warnhinweis, dass Semaglutid möglicherweise Schilddrüsenkrebs fördern kann. In bestimmten Zellen der Schilddrüse (C-Zellen) finden sich GLP-1-Rezeptoren. Und im Ratten-Experiment kam es zur Häufung medullärer Schilddrüsenkarzinome (das sind die richtig bösartigen Schilddrüsenkrebs). Auch die europäischen Arzneimittelbehörde EMA hat eine Warnung herausgegeben: Menschen mit Familienvorgeschichte für Schilddrüsenkrebs oder bestimmten Tumoren der hormonbildenden Zellen (Multiple endokrine Neoplasien MEN-1 und MEN-2) sollten kein Semaglutid erhalten.

Eine auf Versicherungsdaten basierende Fall-Kontroll-Studie aus Frankreich fand eine Risikosteigerung für Schilddrüsenkrebs von 58% bei einer Behandlungsdauer von 1-3 Jahren mit Semaglutid 1,0 mg. Zur höheren Dosis von 2,4 mg pro Woche liegen noch keine Langzeitdaten vor.

Grundsätzlich ist ein medulläres Schilddrüsenkarzinom selten: Es betrifft etwa 1 von 500 000 Menschen. Einen statistisch signifikanten Einfluss von Semaglutid auf die Entstehung Schilddrüsenkrebs nachzuweisen ist

in den STEP-Studien letztlich eine Frage der Beobachtungszeit – und die war bisher zu kurz.

Aus Island wurde über psychische Nebenwirkungen unter Semaglutid bis hin zu suizidalen Gedanken berichtet, was die EMA im Juli 2023 zum Anlass genommen hat, den Zusammenhang zwischen GLP-1-Agonisten und psychischen Erkrankungen genauer unter die Lupe zu nehmen.

WIRTSCHAFTLICHE AUSWIRKUNGEN

Neueste noch unveröffentlichte Daten sollen zeigen, dass Semaglutid nicht nur den Zuckerstoffwechsel, sondern auch die Nierenfunktion verbessere. Der Aktienkurs von Fresenius, einem der größten Anbieter von Dialysen, brach daraufhin ein. Analysten von JP Morgan sprachen von einer mittelfristig „erheblichen Bedrohung für die Zunahme des Volumens an Dialysepatienten“. Offensichtlich sind die Folgen von immer mehr Adipositas und Diabetes „erwünschte Wachstumschancen“, die man nun bedroht sieht. So grotesk funktioniert manchmal die freie Marktwirtschaft.

Der U.S. Supermarktkonzern Walmart sorgt sich derweil um geringere Umsätze mit Lebensmitteln. Gerade die klassischen Dickmacher wie fette Fast Food-Artikel und Süßigkeiten würden schlechter verkauft. Immerhin mal eine gute Nachricht. In diesem Zusammenhang gerieten die Aktienkurse mehrerer Lebensmittelgiganten wie Nestlé, Unilever, Lindt oder Danone unter Druck.

GLP-1-BOMBARDEMENT VERSUS NATÜRLICHE GLP-1-SPIEGEL

Doch zum Schluss noch einmal zurück zur Physiologie der Darmhormone, weil das sehr wichtig ist für das Verständnis möglicher lang-

fristiger Folgen: Die natürliche GLP-1-Produktion im unteren Dünndarm ist sehr fein gesteuert und findet nach einer Mahlzeit nur sehr kurzfristig statt. Dagegen sind unter Therapie mit Semaglutid 2,4 mg/Woche die GLP-1-Rezeptoren dauerhaft und weit supraphysiologisch (weitaus höher als im Körper

üblich) stimuliert. Statt kurzzeitiger Peaks nach dem Essen besteht hier ein Dauerniveau vom 5- bis 10-fachen der üblichen GLP-1-Wirkung. Das Gleichgewicht der Hormone könnte dadurch erheblich gestört werden.

Welche Folgen das auf lange Sicht haben wird, kann derzeit noch niemand absehen. Angesichts von Millionen adipöser Menschen, die bereits mit GLP-1-Agonisten behandelt werden, werden wir aber ganz sicher in 10 Jahren mehr darüber wissen. Man kann nur hoffen, dass es dann – anders als bei früheren Medikamenten zur Gewichtsreduktion – nicht auch für die Hormontherapie mit GLP-1-Agonisten ein böses Erwachen geben wird.

Denn eines ist klar: Aufgrund der raschen Gewichtszunahme nach dem Absetzen von Semaglutid ist nach aktuellem Stand für die Betroffenen eine Dauertherapie erforderlich, um das reduzierte Körpergewicht auch langfristig niedrig halten zu können.

Übrigens geht im Rahmen der Gewichtsreduktion unter Semaglutid neben dem Körperfettanteil auch relevant die Muskelmasse zurück – ein weiterer unerwünschter Effekt, der umso deutlicher macht, wie wichtig begleitende Lebensstilmaßnahmen bzw. ein gutes Trainingsprogramm wären.

Neue Ansätze der Pharmakotherapie der Adipositas haben nicht nur GLP-1 zum Ziel, sondern stimulieren gleichzeitig GIP, Glucagon und GLP-1, wie beispielsweise der 3-fach-Hormon-Agonist Retatrutide. Damit wurde in einer Phase-2-Studie sogar eine Gewichtsreduktion um sage und schreibe 25 % des Ausgangsgewichts erreicht.

FOLGEN FÜR DIE GESUNDHEITSPOLITIK

Ich persönlich bin skeptisch, was diese Entwicklungen angeht. Semaglutid ist in niedrigerer Dosierung für Menschen mit Typ 2-Diabetes gewiss eine gute Therapieoption, insbesondere wenn die Alternative dazu eine Behandlung mit höheren Insulindosen wäre, die eine Menge Schäden anrichten können.

Ob wir allerdings die gesellschaftlichen Fehlentwicklungen mit Junkfood-Verzehr und immer weniger körperlicher Aktivität und Sport sowie die Fehler der Gesundheits- und Ernäh-

DIE WICHTIGSTEN SEMAGLUTID-STUDIEN

STEP 1: n=1961 Menschen mit Übergewicht oder Adipositas mit weiteren Komplikationen, jedoch ohne Diabetes. Mit Semaglutid 2,4 mg wöchentlich + Lebensstilintervention Gewichtsverlust von 15% des Ausgangsgewichts innerhalb von 68 Wochen im Vergleich zu 2,4 % mit alleiniger Lebensstilintervention. Deutliche und schnelle Gewichtszunahme nach dem nebenwirkungsbedingten Absetzen von Semaglutid. Typische Nebenwirkungen: Übelkeit 44 %, Durchfall 32 %, Erbrechen 25 %, Verstopfung 22 %, Bauchschmerzen 10 %, Gallensteinbildung 1,8 % sowie selten eine akute Bauchspeicheldrüsenentzündung.

STEP 2: n=1210 Menschen mit Typ 2-Diabetes und Übergewicht bzw. Adipositas. Semaglutid 1,0 mg wöchentlich gegen Semaglutid 2,4 mg wöchentlich gegen Placebo. Gewichtsreduktion 9,6 % mit 2,4 mg, 7,0 % mit 1,0 mg und 3,4 % mit Placebo. Leicht bessere Blutzuckerkontrolle mit 2,4 mg vs. 1,0 mg.

STEP 3: n=611 Menschen mit Übergewicht bzw. Adipositas und Begleiterkrankungen, ohne Diabetes. Semaglutid 2,4 mg mit begleitender intensiver Lebensstil-Therapie gegen alleinige intensive Lebensstil-Therapie. Gewichtsverlust mit Semaglutid 2,4 mg nach 68 Wochen 16,0 % gegenüber 5,7 % mit Placebo und alleiniger Lebensstil-Therapie. Mindestens 5 % Gewichtsverlust erreichen 86 % mit Semaglutid, nur 47,6 % mit alleiniger Lebensstil-Therapie.

STEP 4: n=902 Menschen mit Übergewicht bzw. Adipositas und zusätzlichen Begleiterkrankungen, jedoch ohne Diabetes. Alle erhielten 20 Wochen lang Semaglutid 2,4 mg, danach Auslosung auf Semaglutid 2,4 mg oder Placebo für die folgenden 48 Wochen. Nach 20 Wochen ca. 10 % Gewichtsverlust in beiden Gruppen. Unter fortgesetzter Semaglutid-Therapie waren es nach 68 Wochen 17 % Gewichtsverlust, in der Placebogruppe ab der 21. Woche kontinuierliche Gewichtszunahme. Es blieben nach 68 Wochen nur 5 % übrig. (s. Abb.)

STEP 5: n=304 Menschen mit Übergewicht bzw. Adipositas und Begleiterkrankungen, ohne Diabetes. Fortführung der Therapie über 2 Jahre. Gewichtsverlust von 12,6 % konnte über 2 Jahre gehalten werden. Das bedeutet: Nur wer Semaglutid lebenslang spritzt, wird sein Gewicht unten halten.

STEP TEENS: n=201 Jugendliche mit Adipositas bzw. Übergewicht und Begleiterkrankungen. 2,4 mg Semaglutid wöchentlich versus Placebo. 16,1 % Gewichtsreduktion mit Semaglutid gegenüber 0,6 % Gewichtszunahme Placebo. Deutliche Verbesserung des Lipidprofils und der Triglyceride mit Semaglutid. Nebenwirkungsprofil identisch wie bei Erwachsenen.

STEP-HFpEF: 529 Menschen mit Adipositas und Herzinsuffizienz (Herzschwäche) mit erhaltener Pumpfunktion (HFpEF). Erläuterung: Bei HFpEF ist der Herzmuskel versteift und behindert die Herzfüllung, wodurch die Leistung des Herzens vermindert ist. Dies ist ein typisches Phänomen z. B. nach langjährigem, unzureichend behandeltem Bluthochdruck. 2,4 mg Semaglutid verbesserten im Vergleich zu Placebo signifikant verschiedene Scores für die Herzleistung.

zungspolitik am Ende mit teuren Hormonspritzen korrigieren sollten, das wage ich doch zu bezweifeln.

Ganz in diesem Sinne haben sich der Entdecker von GLP-1, der Däne Jens J. Holst, und der Ihnen bestens bekannte Adipositas-Experte David Ludwig (Harvard, Erfinder der LOGI-Pyramide) in einem Editorial zur STEP TEENS-Studie geäußert. Gerade bei Kindern und Jugendlichen sei aufgrund der notwendigen dauerhaften Therapie und der ungeklärten langfristigen Folgen äußerste Zurückhaltung geboten beim Einsatz der neuen Abnehm-Spritzen.

Stattdessen sollte man bedenken, dass eine kohlenhydratreduzierte, ballaststoffreiche Ernährung die GLP-1-Ausschüttung im Darm auf natürlichem Wege anregen und somit über denselben Mechanismus wie die Hormonspritze eine Gewichtsreduktion begünstigen könnte.

Dies habe beispielsweise die VIRTa Health Studie bei Menschen mit Typ 2-Diabetes gezeigt, die auch hier im [PF Journal](#) besprochen wurde. Die durchschnittliche Gewichtsreduktion und die Senkung des HbA1c waren in der VIRTa Health Studie genauso groß wie in der STEP 3-Studie mit Semaglutid 2,4 mg. Nebenbei: In meinem Buch „[Diabetes – zurück auf Null](#)“ erläutere ich verständlich und mit vielen praktischen Tipps die Möglichkeiten zur Diabetesrückbildung und Gewichtsreduktion ohne Hormone.

Doch anders als mit teuren Hormonspritzen lässt sich mit der Beratung zu einer Very-Low-Carb-Ernährung kein Gewinn erzielen. Im Gegenteil, man benötigt dann sogar deutlich weniger Medikamente, was zumindest in Teilen des Gesundheitswesens eine unerwünschte Konsequenz wäre. Deshalb haben die gut gemeinten Ratschläge der beiden auf ihrem Gebiet führenden Experten, Holst und Ludwig, vermutlich keine Chance, in unserer Gesundheitspolitik Gehör zu finden.



Fazit für Prevention First: Einmal ganz abgesehen von den Kosten von Semaglutid 2,4 mg von ca. 300 € pro Monat: GLP-1-Agonisten sind keine „Lifestyle-Medikamente“ zur Korrektur einer Fehlernährung und eines ungesunden Lebensstils. Denn die langfristigen Konsequenzen einer solchen hochdosierten Hormontherapie sind derzeit noch überhaupt nicht absehbar.

Bei Menschen mit Typ 2-Diabetes hat Semaglutid seine Berechtigung, insbesondere wenn dadurch der Einsatz von Insulin vermieden werden kann. Für die Adipositas-Therapie kann nach meiner Einschätzung Semaglutid zwar als Einstieg in die Gewichtsreduktion sehr hilfreich sein. Es ersetzt jedoch nicht eine nachhaltige Lebensstiländerung zur Gewichtsstabilisierung. Dass nach dem Absetzen von Semaglutid das Gewicht wieder ansteigt, ist ein Indiz für die bisher unzureichende Lebensstilberatung in den STEP-Studien.

Wenn man allerdings mit einer vernünftigen Low-Carb-Ernährung und einem maßgeschneiderten Sportprogramm nicht nur ähnlich gute Effekte in der Gewichtsreduktion erreichen, sondern nachweislich auch zahlreichen weiteren Gesundheitsrisiken vorbeugen kann, dann ist die Empfehlung von Prevention First eindeutig: **Gesund leben statt Hormone spritzen! <<**

Literaturverzeichnis:

- Drucker DJ, Habener JF, Holst JJ, Discovery, characterization, and clinical development of the glucagon-like peptides. *J Clin Invest.* 2017;127(12): 4217–4227. <https://doi.org/10.1172/JCI97233>
- Hall S et al., Pharmacokinetics and Clinical Implications of Semaglutide: A New Glucagon-Like Peptide (GLP)-1 Receptor Agonist. *Clin Pharmacokinet* (2018) 57:1529–1538. <https://doi.org/10.1007/s40262-018-0668-z>
- Pfeiffer AFH, Keyhani-Nejad F., High Glycemic Index Metabolic Damage - a Pivotal Role of GIP and GLP-1. *Trends Endocrinol Metab* 2018; 29(5): 289–299. <https://doi.org/10.1016/j.tem.2018.03.003>
- Holst JJ, From the Incretin Concept and the Discovery of GLP-1 to Today's Diabetes Therapy. *Front Endocrinol* 2019; 10:260. <https://doi.org/10.3389/fendo.2019.00260>
- Wilding JPH, Once-Weekly Semaglutide in Adults with Overweight or Obesity. *N Engl J Med* 2021; 384:989–1002; <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2032183>
- Rubino D et al., Effect of Continued Weekly Subcutaneous Semaglutide vs Placebo on Weight Loss Maintenance in Adults With Overweight or Obesity. The STEP 4 Randomized Clinical Trial. *JAMA* 2021; 325(14): 1414–1425. <https://doi.org/10.1001/jama.2021.3224>
- Ludwig DL, Holst JJ, Childhood Obesity at the Crossroads of Science and Social Justice *JAMA* 2023; 329(22): 1909–1910. <https://doi.org/10.1001/jama.2023.7592>
- Rosenstock J et al., *N Engl J Med* 2023; 402: 529–544. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)01053-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)01053-X)
- Lagou V et al., GWAS of random glucose in 476,326 individuals provide insights into diabetes pathophysiology, complications and treatment stratification. *Nat Genet* 2023; 55: 1448–1461. <https://doi.org/10.1038/s41588-023-01462-3>

STARK ERHÖHTES THROMBOSERISIKO BEI KOMBINATION VON PILLE UND DICLOFENAC

Dass die orale Antikonzeption mit Östrogenen und Gestagenen das Thromboserisiko steigert, ist bekannt. In einer aktuellen Analyse aus dem dänischen Gesundheitswesen kam jedoch ein neuer Aspekt zum Vorschein, den Frauen im gebärfähigen Alter kennen sollten.

Aus dem dänischen Gesundheitsregister wurden alle Frauen im Alter von 15-49 Jahren, die noch keine tiefe Beinvenenthrombose oder arterielle Thrombose hatten, über den Zeitraum von 1996-2017 ausgewertet. Während dieser Zeit traten 8710 tiefe Beinvenenthrombosen auf oder thromboembolische Komplikationen wie eine Lungenembolie.

Im Vergleich mit Frauen, die keine nichtsteroidalen Antirheumatika (NSAR) einnahmen, hatten diejenigen, die auch nur vorübergehend NSAR wie Diclofenac einsetzten ein 7-fach erhöhtes Thromboserisiko. Bei gleichzeitiger Einnahme eines oralen Antikonzeptivums war das Thromboserisiko sogar auf das 11-fache erhöht.

Jedoch steigerten nicht alle NSAR gleichermaßen das Risiko. Differenzierte man die nichtsteroidalen Antirheumatika in die in Dänemark vorzugsweise eingesetzten Wirkstoffe Ibuprofen, Naproxen und Diclofenac, dann war allein Diclofenac für das erhöhte Risiko verantwortlich und steigerte es auf das 16-fache. In der Kombination mit einer Östrogen-Gestagen-Pille zur Antikonzeption war das Thromboserisiko sogar um den Faktor 44 erhöht.

In absoluten Zahlen bedeutet dies, dass ohne Einnahme von NSAR und ohne Pille lediglich 2-3 von 10.000 Frauen pro Jahr eine tiefe Beinvenenthrombose erleiden werden. Bei Einnahme der Pille in höherer Dosis waren es 11 von 10.000 Frauen. Die Kombination aus Diclofenac und Pille steigerte das Risiko jedoch auf 122 von 10.000 Frauen, also 1,2 % pro Jahr. Mehr als 1 von 100 Frauen pro Jahr mit Thrombose? Das ist eine relevante Größenordnung.



Fazit für Prevention First: Frauen im gebärfähigen Alter, die die Pille einnehmen, sollten über das erhöhte Thromboserisiko insbesondere bei der Einnahme von Diclofenac (z.B. Voltaren®) informiert sein. Spezielle Maßnahmen zur Thromboseprophylaxe sind insbesondere dann indiziert, wenn man wegen einer Sportverletzung Diclofenac einnehmen müsste und gleichzeitig ein Bein immobilisieren müsste, beispielsweise bei einem Bänderriss im Sprunggelenk. Kompressionsstrümpfe und eventuell eine vorübergehende Antikoagulation (z.B. mit Dabigatran oder Apixaban) sollten dann in Rücksprache mit dem behandelnden Arzt erwogen werden. Bei weniger gravierenden Beschwerden empfiehlt sich für Frauen, die die Pille einnehmen, Ibuprofen als Schmerzmittel einzunehmen, für das keine Steigerung des Thromboserisikos gesehen wurde. <<



Meaidi a et al., Venous thromboembolism with use of hormonal contraception and non-steroidal anti-inflammatory drugs: nationwide cohort study. *BMJ* 2023; 382: e074450.

<https://doi.org/10.1136/bmj-2022-074450>

EMULGATOREN IN HOCHVERARBEITETEN LEBENSMITTELN SCHADEN DER GESUNDHEIT

Ultraprozessierte Lebensmittel sind zurecht in Verruf geraten, weil sie Übergewicht und Adipositas, Diabetes und auch Herz-Kreislauf-Erkrankungen begünstigen. Die Lebensmittelindustrie setzt solche Lebensmittel kunstvoll aus Ihren Einzelbausteinen zusammen, so dass sie lecker schmecken und einen maximalen Konsum gewährleisten. In der Regel enthalten ultraprozessierte Lebensmittel schnell verfügbare Kohlenhydrate mit der Folge starker Schwankungen der Blutzucker- und Insulinspiegel, haben eine hohe Energiedichte mit dem Risiko der hyperkalorischen Ernährung und in der Regel auch keine gute Fettqualität.

Von Frühstücksflocken über „Müsli“riegel, Fertigpizza bis hin zu veganen Fleischersatzprodukten: Die Zutatenlisten solcher Produkte sind lang und voller schwer verständlicher Abkürzungen, darunter die sogenannten Emulgatoren. So dient Cellulose dazu, die Kunstprodukte im wahrsten Sinne des Wortes „in Form zu bringen und zu halten“ bzw. sollen bestimmte künstliche Fette (Mono- und Diglyceride von Fettsäuren) als Geschmacks-träger fungieren. Über die gesundheitlichen Auswirkungen dieser zulässigen Lebensmittelzusätze mit Bezeichnungen wie E460 bis E468 bzw. E471 und E472 wusste man bisher kaum etwas.

Das hat sich nun geändert dank einer französischen Publikation, die gerade im renommierten British Medical Journal erschienen ist. Die Nutri-Santé-Studie ist eine Langzeit-Beobachtungsstudie in Frankreich, in der die Ernährungsgewohnheiten der Teilnehmenden sehr detailliert über webbasierte 24-Stunden-Ernährungsprotokolle erfasst werden.

Eine aktuelle Analyse aus Nutri-Santé beschäftigte sich mit den ultraprozessierten Lebensmitteln und analysierte spezifisch, welche darin enthaltenen Emulgatoren einen Zusammenhang mit dem Auftreten von Herz-Kreislauf-Erkrankung zeigten.

Bei mehr als 95.000 Erwachsenen, die in den ersten beiden Jahren der Studie mindestens dreimal zu zufällig ausgewählten Zeitpunkten



den umfangreichen Ernährungsfragebogen online ausgefüllt hatten, wurde über die folgenden knapp 15 Jahre das Auftreten von Herz-Kreislauf-Erkrankungen erfasst.

Für die Gruppe der cellulosehaltigen Emulgatoren E460-468 zeigte sich eine leichte, aber statistisch hochsignifikante Risikosteigerung um 5 %. Gleiches galt für die Gruppe E471/472 (Laktatester von Mono- und Diglyceriden). Hier stieg das Risiko um durchschnittlich 6 % an. Und schließlich war auch eine höhere Zufuhr von Tri-Natrium-Phosphat als Konservierungsmittel mit einem 6 % höheren Risiko für eine Herzkrankgefäßverengung assoziiert. Die Effekte auf eine Herzkrankgefäßverengung bzw. einen Herzinfarkt waren bei allen genannten Substanzen stärker ausgeprägt als auf das Risiko für einen Schlaganfall.

Nun werden Sie fragen, wo stecken die genannten Zusätze drin? Carboxymethylcellulose (E468) wird beispielsweise in veganen Burgerpatties und „Würsten“, also im Kunstfleisch, eingesetzt. Ich spreche in meinen Vorträgen gerne despektierlich vom Tapetenkleister, denn um nichts anderes handelt es sich chemisch bei der Carboxymethylcellulose. Für Tapeten wie für Kunstfleisch ist sie ein Klebmittel. Wenn wir Carboxymethylcellulose verzehren, kommt sie unten raus, wie sie oben reingegangen ist. Da Menschen keine Wiederkäuer sind, können wir Cellulose nicht verdauen.

Dass unser Darm diese Lebensmittelzusätze nicht aufnehmen kann, bedeutet allerdings nicht, dass sie keine Wirkung auf unsere Gesundheit hätten. Vielmehr wird die

Darmflora, unser Mikrobiom, dadurch verändert. Und die Abfallprodukte einer veränderten Darmflora wiederum können Einfluss auf den Gesundheitszustand des Menschen nehmen, beispielsweise im Sinne eines höheren Diabetesrisikos. Wir berichteten darüber im [Prevention First Journal Juni 2022](#).

Warum man sich das antun sollte, erschließt sich mir nicht. Zwar behaupten vegane Zeitgenossen, man könnte durch den Umstieg von Fleisch auf solche Kunstprodukte etwas zur Rettung des Planeten tun, was keineswegs wissenschaftlich belegt ist. Zur Erhaltung der eigenen Gesundheit tragen sie jedoch ganz sicher nicht bei.

Fazit für Prevention First: Vermeiden Sie wann immer möglich ultraprozessierte Lebensmittel mit langen Zutatenlisten und vielen „E“-Zusätzen. Dadurch könnte ihr Herz-Kreislauf-Risiko ansteigen. Verzehren Sie möglichst natürliche, wenig verarbeitete Lebensmittel, so wie Sie das von der Flexi-Carb-Pyramide kennen: Reichlich Gemüse, moderat Obst, genügend hochwertiges Eiweiß aus Fisch, Fleisch, Geflügel, Milchprodukten, Hülsenfrüchten, qualitativ hochwertige Öle und Fette und nur so viele Kohlenhydrate, wie Sie sich durch körperliche Aktivität verdient haben. Und wer auf Fleisch verzichten möchte, der sollte besser nicht auf „Kunstfleisch“ umsteigen. <<

Sellem L et al., Food additive emulsifiers and risk of cardiovascular disease in the NutriNet-Santé cohort: prospective cohort study. *BMJ* 2023; 382: e076058. <https://doi.org/10.1136/bmj-2023-076058>

WAS IST GESUNDE ERNÄHRUNG? NEUE ERKENNTNISSE AUS DER PURE-STUDIE

von Dr. Peter Kurz, München

„Früher war alles einfacher“. Steht dieser Satz für Erinnerungsverklärung oder das Erreichen der zweiten Lebenshälfte? Vielleicht beides. Im Rückblick betrachtet waren Essenseinladungen jedenfalls deutlich weniger kompliziert. Heute sieht man sich als Gastgeber:in mit ungeahnten Herausforderungen konfrontiert. Neben zahllosen Unverträglichkeiten, Allergien und Abneigungen wollen zunehmend gesundheitliche und ökologische Aspekte berücksichtigt werden.

werk des wohl derzeit berühmtesten Kardiologen Salim Yusuf und seines Kollegen Andrew Mentz, die uns mit Veröffentlichungen aus der PURE-Studie schon in der Vergangenheit im wahrsten Sinne des Wortes globale Einblicke in die Zusammenhänge zwischen Ernährung und Gesundheit ermöglichten. Mein Kollege Dr. Johannes Scholl hat an dieser Stelle bereits mehrfach darüber berichtet. Beide Wissenschaftler kommen ursprünglich aus der Pharmaforschung und befassen sich erfri-

einzelne Nahrungsbestandteile wie Eiweiß, Fette und Kohlenhydrate als vielmehr auf komplexere Ernährungsmuster (so genannte „Scores“) legen. Diese bilden Ernährungsrealitäten viel besser ab.

So wurden in der Vergangenheit zum Beispiel die DASH-Diät zur Beeinflussung des Blutdrucks entwickelt, ein Mediterranean Diet Score zur Gesunderhaltung von Herz und Gehirn oder die sogenannte Planetary Health Diet, ein Versuch ökologische und gesundheitliche Ziele zu kombinieren. Von Letzterer wird später noch die Rede sein.

Anders als bei diesen Scores belegten Andrew Mentz und sein Team in ihrer aktuellen Auswertung des PURE-Kollektivs jedoch keine Lebensmittel von vorneherein mit Maluspunkten. Es ging Ihnen darum herauszufinden, welches Ernährungsmuster bzw. welche Lebensmittel einen positiven Einfluss auf die Gesamtsterblichkeit, die Sterblichkeit durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen und das Auftreten von Herzinfarkt, Schlaganfall und Herzversagen haben. Dabei gewichteten Sie die Lebensmittel nicht, sondern vergaben einen Punkt, wenn der Verzehr über dem Median und keinen Punkt, wenn er darunter lag.

Gemüse, Obst, Hülsenfrüchte, Nüsse, Fisch und naturbelassene (normal fette!) Milchprodukte wurden als schützende Lebensmittel im oben genannten Sinne identifiziert. Es konnte somit eine maximale Punktzahl von 6 erreicht werden. Ein Punkt für jede Kategorie. Mit dem Blick auf die Sterblichkeit und das Auftreten von Herz-Kreislauf-Erkrankungen erreichte man die gesündeste Ernährung ab einem Punktwertes von 5. Dies entspricht einem täglichen Verzehr von 256 g Obst, 306 g Gemüse, 48 g Hülsenfrüchten, 28 g Nüssen, 26 g Fisch und 185 g (naturbelassenen) Milchprodukten.

In einer weiteren Analyse konnten die Forscher zeigen, dass sich die Sterblichkeit und das Auftreten von Herz-Kreislauf-Erkrankungen nicht veränderten, wenn unverarbeitetes rotes Fleisch oder Vollkorn den



Prof. Salim Yusuf, der berühmte Kardiologe und Epidemiologe, ist das Mastermind hinter PURE.

Nun ist ein hohes Bewusstsein für eine gesunde und nachhaltige Ernährung uneingeschränkt zu begrüßen. Die Informationsflut dazu in allen Medien spiegelt das öffentliche Interesse wider und macht auch vor Wahlkämpfen und Satiresendungen nicht halt...und schon gar nicht vor Emotionen.

Interessanterweise nimmt die Verunsicherung beim Thema Essen aber nicht ab. Viele Empfehlungen widersprechen sich oder sind immer noch in den 1990er Jahren verhaftet. Letzteres ist besonders irritierend: Würden Sie denn noch im Restaurant rauchen oder Asbest als Baustoff einsetzen?

Dabei sind fundierte Ergebnisse aktueller und unabhängiger Ernährungsforschung verfügbar. Es ist nicht weniger als das Lebens-

schend unideologisch und undogmatisch mit der Thematik.

Unter der Federführung von Salim Yusuf wurde 2006 die PURE-Studie (Prospective Urban Rural Epidemiological Study) ins Leben gerufen. Das Besondere an PURE ist die hohe Zahl der Teilnehmenden (>150 000), die Einbeziehung aller Weltregionen und die Berücksichtigung der sozialen Verhältnisse.

Nun lässt auch die neueste PURE-Veröffentlichung der Arbeitsgruppe um Andrew Mentz erneut aufhorchen. Sie wurde im Juli dieses Jahres im European Heart Journal publiziert und sorgt nicht nur in Fachkreisen für lebhaftere Diskussionen.

Es gibt bereits eine ganze Reihe von Ernährungsstudien, die das Augenmerk weniger auf

Prioritäten der Ernährung für die globale Gesundheit

(nach: D. Mozaffarian, European Heart Journal 2023; 44(28): 2580–2582)



Obst



Gemüse



Nüsse



Hülsenfrüchte



Milchprodukte



Fisch

Risikoreduktion für Herz-Kreislauf-Erkrankungen in verschiedenen Weltregionen

- PURE DIET SCORE gleich gut wie MEDITERRANEAN DIET SCORE
- PURE DIET SCORE viel besser als „PLANETARY HEALTH“ DIET SCORE
- Vollfette Milchprodukte: präventive Wirkung auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Vermeidung von Fleisch führt nicht zu besserer präventiver Wirkung
- Konstante Resultate in allen Regionen und unabhängig vom Sozialstatus

6 Lebensmittelgruppen hinzugefügt oder wieder weggelassen wurden.

Mente und sein Team überprüften die Resultate anhand von fünf weiteren Studien. Die Daten blieben unabhängig von Einflüssen wie BMI, Bauchumfang, Diabetes, Bluthochdruck bzw. bereits bekannter Herz-Kreislauf-Erkrankung statistisch gleich.

Nun kennen Sie alle die Flexi-Carb-Pyramide aus unserer Prevention First-Beratung und werden über dieses Ergebnis nicht sehr überrascht sein.

Dennoch birgt diese PURE-Analyse einiges an Brisanz: Sie zeigt eindrucksvoll, dass gesundheitliche Überlegungen ein pauschales Meiden tierischer Lebensmittel nicht rechtfertigen. Dies gilt insbesondere für tierische Fette (siehe naturbelassene Milchprodukte) und auch für unverarbeitetes Fleisch. Im direkten Vergleich mit der PURE-Diet schnitt die Planetary Health Diet mit ihrer massiven Beschränkung an tierischen Produkten eindeutig schlechter ab. Sie erreichte keine vergleichbare Senkung der Krankheitsrisiken.

Dies ist besonders erschreckend, wenn man bedenkt, dass ausgerechnet die Planetary Health Diet im Bundesministerium für Landwirtschaft und Ernährung und bei der Deutschen Gesellschaft für Ernährung DGE derzeit zur Erstellung nationaler Ernährungsempfehlungen präferiert wird.

Im Vergleich zu PURE bedeutet die Planetary Health Diet defacto ein Plus von ca. 20% an Kohlenhydraten. Für schlanke, körperlich aktive Menschen vielleicht kein großes Problem. Für die Mehrheit der arbeitenden Bevölkerung mit zunehmenden Zeiten vor den Bildschirmen, wegfallenden Arbeitswegen durch „Mobiles Arbeiten“ bzw. Home Office jedoch sehr wohl.

Die Ergebnisse von PURE zeigen ein Scheitern des Anspruchs der Planetary Health Diet, Gesundheit und ökologische Nachhaltigkeit bei der Ernährung in Einklang zu bringen. Das Argument Lebensmittel tierischen Ursprungs sind schlecht für unsere Gesundheit

ist spätestens jetzt eindrucksvoll entkräftet. Es mag andere Gründe für die Reduktion tierischer Produkte auf dem Teller geben. Die Gesundheit ist es jedenfalls nicht.

Fazit für Prevention First:

1. Ein geringer Verzehr von Gemüse, Obst, Nüssen, Hülsenfrüchten und Fisch ist ein Risikofaktor für die Gesundheit.
2. Naturbelassene Milchprodukte, d.h. Milchprodukte mit einem naturbelassenen Fettanteil sind wesentlicher Bestandteil einer gesunden Ernährung.
3. Der Verzehr von unverarbeitetem Fleisch hat in PURE keinen Einfluss auf die Gesunderhaltung. <<

Quellenangaben:

Mente A et al. Diet, cardiovascular disease, and mortality in 80 countries. European Heart Journal 2023; 44(28): 2560–2579.

<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad269>

Mozaffarian D. Identifying nutritional priorities for global health: time for a more PURE focus on protective foods. European Heart Journal 2023; 44(28): 2580–2582.

<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad325>

VITAMIN D IM WINTERHALBJAHR – AUSREICHEND HOCH DOSIEREN!

von Dr. Mareike Schmitt, München

Die dunkle Jahreszeit steht vor der Tür und die Tage sind schon wieder recht kurz geworden. So wird es höchste Zeit, auch wieder an die Vitamin D-Versorgung im Winter zu denken.

Vitamin D wird oft als das „Sonnenvitamin“ oder besser „Sonnenhormon“ bezeichnet. Die Vorstufe Provitamin D wird vor allem durch Sonnenlicht und die darin enthaltene UVB-Strahlung in unserer Haut gebildet. In den Monaten von Oktober bis März ist jedoch auf dem 50. Breitengrad aufgrund des zu flachen Einfallswinkels der UVB-Strahlen, die in der Atmosphäre reflektiert werden, keine Vitamin D-Produktion in der Haut möglich.

Um zu verhindern, dass der Vitamin D-Spiegel im Winterhalbjahr auf bedenkliche Werte absinkt, empfehlen wir bei Prevention First im Zeitraum von Oktober bis März grundsätzlich die Einnahme von 2000 IE Vitamin D pro Tag oder alternativ 20 000 IE pro Woche. Stark übergewichtige Menschen benötigen oft noch höhere Dosen an Vitamin D. Um über die Nahrung so viel Vitamin D aufzunehmen, müsste man schon täglich 200-300g Hering verzehren, was unrealistisch scheint.

Ziel sollte es sein, ganzjährig einen Vitamin D-Spiegel von mindestens 30 ng/ml zu erhalten. Für manche Menschen sollte der Spiegel sogar höher liegen, z.B. bei Diabetes und Prädiabetes.

Vitamin D ist kein Vitamin, sondern erfüllt als „Secosteroid“ die Funktion eines Hormons, das auf Ebene der Zellkerne vielfältige Funktionen im Körper steuert. Dazu zählen nicht nur die Stabilisierung des Knochens, sondern auch die Stärkung des Immunsystems und die Krebsabwehr.

Wie wir bereits früher berichteten, wird durch den Ausgleich eines Vitamin D-Mangels das Risiko für Atemwegsinfekte signifikant vermindert.



SCHÜTZT VITAMIN D DAS HERZ?

Eine Studie aus dem Jahre 2016 hatte bereits gezeigt, dass die Vitamin D-Gabe im Vergleich zu Placebo die Herzleistung bei einer Herzschwäche verbessern kann, indem die Pumpfunktion des Herzens gesteigert wird.

Eine aktuelle Studie aus Australien an > 21 000 Menschen im Alter zwischen 60 und 94 Jahren untersuchte den Zusammenhang zwischen Vitamin D-Aufnahme und Herz-Kreislauf-Ereignissen wie Herzinfarkt, koronare Revaskularisation (= Einsetzen von Stents zur Wiederherstellung der Durchblutung am Herzen) und Schlaganfall. Die Teilnehmenden erhielten über 5 Jahre entweder einmal pro Monat 60.000 IE Vitamin D oder alternativ ein gleich aussehendes Placebo-Präparat.

Die Auswertung für alle Teilnehmenden zeigte einen knapp nicht signifikanten Trend für eine 9%ige Verminderung des Herz-Kreislauf-Risikos. Bei denjenigen, die zu Beginn der Studie Statine oder Herz-Kreislauf-Medikamente einnahmen und mutmaßlich ein erhöhtes Risiko aufwiesen, stellte man in der

Vitamin D-Gruppe eine signifikante Risikosenkung um 16% fest. Da Australien nicht gerade ein Land mit Mangel an Sonnenschein ist, sind diese Resultate schon bemerkenswert. Gerade ältere Menschen mit erhöhtem Herz-Kreislauf-Risiko sollten also gut mit Vitamin D versorgt sein.

VITAMIN D GEGEN KREBS?

In Laborexperimenten an Kulturen von Krebszellen war Vitamin D hilfreich, das Wachstum dieser Zellen zu unterdrücken bzw. den Prozess der Apoptose (Selbstabschaltung) zu unterstützen. Beobachtungsstudien zeigten ein niedrigeres Krebsrisiko bei Vitamin D-Spiegeln von 40-50 ng/ml im Vergleich zu einem Vitamin D-Spiegel von 25 ng/ml. Kontrollierte Interventionsstudien von Vitamin D im Vergleich zu Placebo brachten allerdings widersprüchliche Ergebnisse. In mehreren großen Studien konnte kein statistisch signifikante Effekt der Vitamin D-Gabe auf das Krebsrisiko festgestellt werden. Dies war allerdings teilweise damit zu begründen, dass diese Studien in Ländern mit grundsätzlich guter Vitamin-D Versorgung durchgeführt wurden.

Bei Ausgangswerten von > 30 ng/ml ist offensichtlich durch Vitamin D-Gabe kein zusätzlicher präventiver Effekt von Krebserkrankungen zu erwarten. Allerdings zeigten Subgruppenanalysen, dass bei ausgeprägtem Vitamin D-Mangel zu Beginn der Studie die Anhebung des Vitamin D-Spiegels zu einem niedrigeren Risiko für Krebserkrankungen führte. Dies galt insbesondere dann, wenn man die Krebserkrankungen des ersten Studienjahres ausklammerte, denn hier lag die Erkrankung zu Studienbeginn vermutlich bereits vor, sodass Vitamin D „nichts mehr retten konnte“.

VITAMIN D BEI PRÄDIABETES UND DIABETES

Positive Effekte auf den Zuckerstoffwechsel entfaltet Vitamin D (wir berichteten im [PF-Journal vom April 2023](#)) wohl eher in einem Bereich um 50 ng/ml. Dies entspricht einem Vitamin D-Spiegel wie ihn Menschen erreichen, die täglich im Freien arbeiten, also ganz offensichtlich eine von der Evolution erwünschte, gute Vitamin D-Versorgung haben.

Gerade Menschen mit Übergewicht und Adipositas benötigen zur Erreichung eines Vitamin-

D-Spiegels im Bereich von 50 ng/ml höhere Vitamin D-Dosen im Winterhalbjahr (3000-5000 IE/Tag) und sollten besser auch durch das im Sommerhalbjahr hindurch Vitamin D in der halben „Winter-Dosis“ einnehmen.

IST EINE TÄGLICHE EINNAHME NOTWENDIG?

Häufig wird gefragt, ob es sinnvoller ist, täglich Vitamin D einzunehmen, oder ob die wöchentliche Einnahme einer höheren Dosis den gleichen Effekt hat. Studien wie VITAL und ViDA verwendeten eine tägliche Vitamin D-Dosierung von 2000 IE pro Tag. In der Studie dagegen von Thompson wurden 60.000 IE monatlich verabreicht – und dennoch sah man positive Effekte.

Sehr wahrscheinlich macht die Frage der täglichen, wöchentlichen oder monatlichen Einnahme keinen relevanten Unterschied. Denn letztlich ist bei gegebener Depot Wirkung von Vitamin D der erreichte Spiegel an 25 (OH) Cholecalciferol, der Speicherform des Vitamin D, entscheidend.

Falls man dazu neigt, eine tägliche Einnahme von Vitamin D eher zu vergessen, kann es einfacher sein, die Dosis wöchentlich einzunehmen.

Fazit für Prevention First: Vitamin D hat positive Effekte für verschiedene Organsysteme und Erkrankungen: Gesichert zur Verminderung des Risikos von Atemwegsinfekten, wahrscheinlich auch auf das Herz und auf das Krebsrisiko. Dies gilt insbesondere dann, wenn man in einer Region lebt, in der im Winterhalbjahr fast jeder ohne Supplementation einen Vitamin-D-Mangel aufweist, also auch in Deutschland. Von Oktober bis März sollte hier deshalb eine Supplementation in der individuell adäquaten Dosis erfolgen, die für Erwachsene bei mindestens 2000 IE/Tag und manchmal auch höher liegen dürfte. <<

Quellen:

Thompson et al., Vitamin D supplementation and major cardiovascular events: D-Health randomised controlled trial. *BMJ* 2023; 381: e075230. DOI: 10.1136/bmj-2023-075230
 Pittas et al., Vitamin D and Risk for Type 2 Diabetes in People With Prediabetes. *Ann Intern Med.* 2023, Mar;176(3):355-363. DOI: 10.7326/M22-3018
 Manson et al., Vitamin D supplements and prevention of cancer and cardiovascular disease. *N Engl J Med* 2019; 380:33-44, DOI: 10.1056/NEJMoa1809944
 Pittas AG et al., Vitamin D supplementation and prevention of type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2019; 381: 520- 530. DOI: 10.1056/NEJMoa1900906
 Lappe et al., Effect of Vitamin D and Calcium Supplementation on Cancer Incidence in Older Women. *JAMA.* 2017; 317(12): 1234-1243, DOI: 10.1001/jama.2017.2115



DER PREVENTION FIRST-IMPFCHECK

Wissen Sie, welche Impfungen demnächst für Sie anstehen? Falls nicht, gehen Sie ihren Impfpass einmal anhand unserer Checkliste durch.

- **Gripeschutzimpfung mit dem 4-fach-Impfstoff (über 60 Jahre: Hochdosis-Impfstoff) – jährlich**

Die Influenza-Grippe verläuft nicht nur heftiger und dauert länger als ein grippaler Infekt. Sie kann schwerwiegende Komplikationen nach sich ziehen, beispielsweise eine bakterielle Lungenentzündung oder auch einen Herzinfarkt und Schlaganfall.

In der einen Woche mit heftiger Entzündung im Rahmen einer akuten Influenza A oder B ist das Risiko für einen Herzinfarkt und das 6-10-fache gesteigert im Vergleich zu den übrigen 51 Wochen des Jahres. Im direkten Vergleich zwischen Gripeschutzimpfung und Placebo-Impfung wurde tatsächlich das Herzinfarktrisiko um etwa 1/3 gesenkt. Wir empfehlen grundsätzlich die Gripeschutzimpfung, selbstverständlich gerade alle Menschen über 60 Jahre, aber auch denen, die bekannte arteriosklerotische Veränderungen (Plaques) an den Halsschlagadern oder den Herzkranzgefäßen haben.

- **CoViD-19-Impfung mit dem angepassten Impfstoff**

Für die meisten Menschen hat Corona seinem Schrecken verloren. Die an die neue Variante angepasste CoViD-19-Impfung wird vom RKI nur für Menschen über 60 Jahre empfohlen und auch nur dann, wenn die letzte Impfung mindestens 1 Jahr zurückliegt bzw. der letzte Infekt vor mehr als 12 Monaten durchgemacht wurde. Für alle anderen gibt es bei einer guten Grundimmunität in der Bevölkerung keine Notwendigkeit zur 4. oder 5. COVID-Impfung.

- **Hepatitis A (über das Essen übertragene Gelbsucht)**

Nach der Corona-Pandemie ist die Reiselust der Menschen wieder auf das „vorpandemische“ Niveau zurückgekehrt. Immer wieder sehen wir, dass bei Reisen in den Süden kein Schutz gegen die durch Essen übertragene Hepatitis A besteht. Manche haben sich



zwar vor einer zurückliegenden Reise einmal impfen lassen. Die zweite Impfung nach 6 Monaten, die für einen dauerhaften Schutz notwendig ist, wurde nach der Reise nicht selten versäumt. Die Hepatitis A wird zwar niemals chronisch, kann einen Menschen allerdings 3-6 Monate außer Gefecht setzen (mit Arbeitsunfähigkeit und totalem Sportverbot). Das braucht niemand. Also rechtzeitig, mindestens 2 Monate vor einer Reise nach Südeuropa, subtropische oder tropische Länder daran denken, sich gegen Hepatitis A impfen zu lassen.

- **Tetanus und Diphtherie alle 10 Jahren, Polio und Pertussis (Keuchhusten) einmalig im Erwachsenenalter (Pertussis-Impfung nur als Kombi-Impfstoff mit Tetanus und Diphtherie)**

Prüfen Sie in ihrem Impfpass, ob die 4 Impfungen bei Ihnen aktuell sind. Keuchhusten kann bei älteren Menschen bis zum Rippenbruch führen, weil unsere Rippen nicht mehr so flexibel sind wie in der Kindheit. Bei Jüngeren ist die Keuchhustenimpfung wichtig, gerade für Schwangere, werdende Väter, bzw. allen engen Bezugspersonen von Neugeborenen. Neugeborene haben keinen Nestschutz über die Mutter und können bei Keuchhusten schwer/ lebensbedrohlich erkranken.

- **Zweite Masernimpfung für alle nach 1970 Geborenen**

Für die Älteren sind die Masern kein Thema. 99,99 % der vor 1970 Geborenen haben

die Masern durchgemacht und können nicht mehr erkranken. Danach begann allerdings die Masernimpfung der Kinder, die anfangs nur einmalig durchgeführt wurde. Ende der 2000er Jahre stellte man dann fest, dass Erwachsene, die nur eine Impfung hatten, noch einmal an Masern erkranken konnten. Seitdem wird empfohlen, ggf. die zweite Masernimpfung im Erwachsenenalter nachzuholen.

- **FSME-Impfung bei Wohnort oder häufigem Aufenthalt in Risikogebieten (Karte der FSME-Risikogebiete einsehbar unter RKI.de)**

Zur Grundimmunisierung sind drei Impfungen notwendig und eine erste Auffrischung sollte dann nach drei Jahren erfolgen, danach besteht Schutz für weitere drei bis fünf Jahre (je nach Impfstoff). Über 60-Jährige sollten sich alle 3 Jahre impfen lassen.

- **Herpes zoster Impfung (gegen Gürtelrose) für alle über 60-jährigen. Es sind zwei Impfungen für einen dauerhaften Schutz notwendig.**

- **Pneumokokken-Impfungen (gegen bakterielle Lungenentzündung) für alle über 60-jährigen. Der Schutz hält 6 Jahre.**

- **Und schließlich: Vor Fernreisen unbedingt rechtzeitig mit einem Reisemediziner oder Tropenmediziner über die je nach Land empfohlenen Impfungen sprechen. <<**

Prevention First Rezeptidee:

PARMIGIANA DI MELANZANE

Rezept für 4 Personen:

ZUTATEN

4 Mittelgroße Auberginen
500 g frische Tomaten
(alternativ Tomaten gehackt
aus der Dose)
1 Zwiebel
2 Knoblauchzehen
1 Bund Basilikum
250 g Parmesan frisch gerieben
250 g Mozzarella
Olivenöl
Salz
Pfeffer



Auberginen in ca. 5 mm dicke Scheiben schneiden, salzen und mit einem Teller beschweren. Ca. 1h stehen lassen. Dieser Prozess entzieht den Auberginen die Bitterstoffe. Danach Scheiben mit Küchenpapier abtrocknen.

Tomaten waschen, Strunk entfernen und gegenüberliegend vom Strunk Schale kreuzförmig einschneiden. Tomaten in einer Schüssel mit kochendem Wasser übergießen, nach ca. 30 s im heißen Wasser in Eiswasser legen. Die Schale lässt sich nun gut abziehen. Dann die Tomaten in kleine Würfel schneiden. Wer sich diesen Schritt sparen möchte verwendet gehackte Tomaten aus der Dose.

Olivenöl in einer hohen Pfanne erhitzen, ohne dass es zu Rauchbildung kommt. Auberginenscheiben einzeln von beiden Seiten anbraten, aus dem Öl nehmen, abtropfen lassen und überschüssiges Öl mit Küchentüchern aufnehmen.

Zwiebel und Knoblauchzehen kleinhacken, in Öl glasig dünsten und dann mit den gehackten Tomaten aufkochen. Basilikum klein schneiden und zugeben. Tomatensauce mit Salz und Pfeffer abschmecken.

Parmesan reiben und Mozzarella in Scheiben schneiden.

Ofen auf 180°C vorheizen (Ober-Unterhitze).

Boden einer großen Auflaufform mit den gebratenen Auberginen auslegen. Geriebenen Parmesan darüber verteilen, dann etwas Tomatensauce zugeben und mit Mozzarella belegen. Dann wieder mit der nächste Auberginenschicht beginnen. Die Schichtung wie beschrieben fortsetzen und mit Tomatensauce und Parmesan abschließen.

Den Auflauf in den vorgeheizten Backofen geben und ca. 30 min goldbraun backen. Aus dem Ofen nehmen und vor dem Servieren etwas abkühlen lassen.

Hinweis: Die Parmigiana schmeckt auch lecker kalt und am nächsten Tag. <<



„THE JUDGEMENT OF KIEDRICH“: DEUTSCHER UND FRANZÖSISCHER CHARDONNAY IM VERGLEICH



Wussten Sie, dass es im südlichen Burgund nahe Tournus eine kleine Gemeinde namens Chardonnay mit gerade mal noch 200 Einwohnern gibt? Ihr Name soll sich von Chardon (frz. für Distel ableiten).

Als man der Weinbauausstellung 1872 in Lyon für eine in Burgund schon lange heimische Weißweinrebsorte einen neuen Namen suchte, fiel die Wahl auf diesen Ortsnamen. Unklar bleibt allerdings, ob die neue Rebsorte Chardonnay tatsächlich zuerst im Ort Chardonnay angebaut wurde.

Der Chardonnay ist nach heutigen Genanalysen eine Kreuzung aus Gouais Blanc (in Deutschland „Heunisch“) und Pinot. Seine Spuren lassen sich urkundlich bis ins Jahr 1583 zurückverfolgen. Vermutlich hatten aber schon die Zisterziensermönche von Cluny Chardonnay angebaut.

Die 8 Grand Cru-Lagen an der Côte de Beaune mit nur rund 20 Hektar Rebfläche, auf denen der Chardonnay Weltklasseweine

hervorbringt, zeichnen sich durch besonders kalkhaltige Böden aus. Sie liegen zwischen den Ortschaften Chassagne-Montrachet und Puligny-Montrachet sowie rund um den Ort Aloxe-Corton.

Über die besondere Geologie des Burgund hatte ich vor einem Jahr im PF Journal geschrieben:

„Durch tektonische Verwerfungen war vor gut 60 Mio. Jahren im Erdzeitalter des Tertiärs ein von Nord nach Süd verlaufender Steilabbruch entstanden, dessen Hänge nach Osten bzw. Südosten ausgerichtet sind. Die freigelegten Gesteinsschichten in einer Höhe von 150-400 m über dem Meeresspiegel stammen aus der Zeit des Jura und weisen einen sehr hohen Gehalt an frühzeitlichem Meeresskalk auf. Fossilien aus dem Urmeer jener Zeit belegen das Alter der Gesteinsschichten.“

Kalkhaltige Böden sind also optimal, um aus der Chardonnay-Traube finessenreiche, mineralische Weine zu erzeugen. Doch ist die

Rebsorte sehr anpassungsfähig und wächst mittlerweile in vielen Regionen der Welt auf unterschiedlichsten Böden und unter verschiedenen klimatischen Bedingungen.

In sehr heißen Regionen, beispielsweise Australien oder Kalifornien, tendieren die Chardonnay-Weine zu großer Üppigkeit und hohem Alkoholgehalt. In Deutschland dagegen war es bis in die 80er Jahre eher zu kühl für die volle Ausreifung der Chardonnay-Traube. Zugelassen zum Anbau wurde der Chardonnay bei uns erstmals 1994, und am besten gedeiht er in den wärmeren Anbaugebieten in Südbaden und in der Pfalz.

„BOTTLE SHOCK“ – KALIFORNIEN VS. FRANKREICH 1976

Kennen Sie die Komödie „Bottle Shock“ aus dem Jahr 2008? Für Weinliebhaber ist der Film ein Muss (ebenso wie „Sideways“). Er schildert aus der Sicht des kalifornischen Weinbaus

eine wahre Begebenheit, die zur weltweiten Anerkennung der Qualität kalifornischer Weine führte. Eine der Hauptfiguren ist der vom legendären Alan Rickman verkörperte britische Weinkritiker Steven Spurrier, der sich auf eine Reise ins Napa Valley begibt und schließlich in Paris eine Blindverkostung der besten kalifornischen und französischen Weine veranstaltet.

Die am 24. Mai 1976 in Paris versammelte französische Weinprominenz, darunter Mme. Odette Kahn, Herausgeberin der Revue du Vin de France, bewertete zur eigenen Überraschung etliche Kalifornier besser als die Top-Franzosen und setzte mit Chateau Montelena 1973 als bestem Chardonnay und Stag's Leap Wine Cellars 1973 als bestem Rotwein jeweils Kalifornien auf den ersten Platz.

Nur ein Journalist wohnte der Probe bei, George Taber, doch dieser war immerhin vom TIME Magazine. So machte das „Judgement of Paris“ außerhalb Frankreichs Furore. Die „Neue Welt“ des Weinbaus fand internationale Anerkennung. In Frankreich versuchte man dagegen, das „Judgement of Paris“ zu ignorieren oder ins Lächerliche zu ziehen. Doch bei mehrfachen Wiederholungen der Probe, zuletzt 2006 zum 30-jährigen Jubiläum wie-



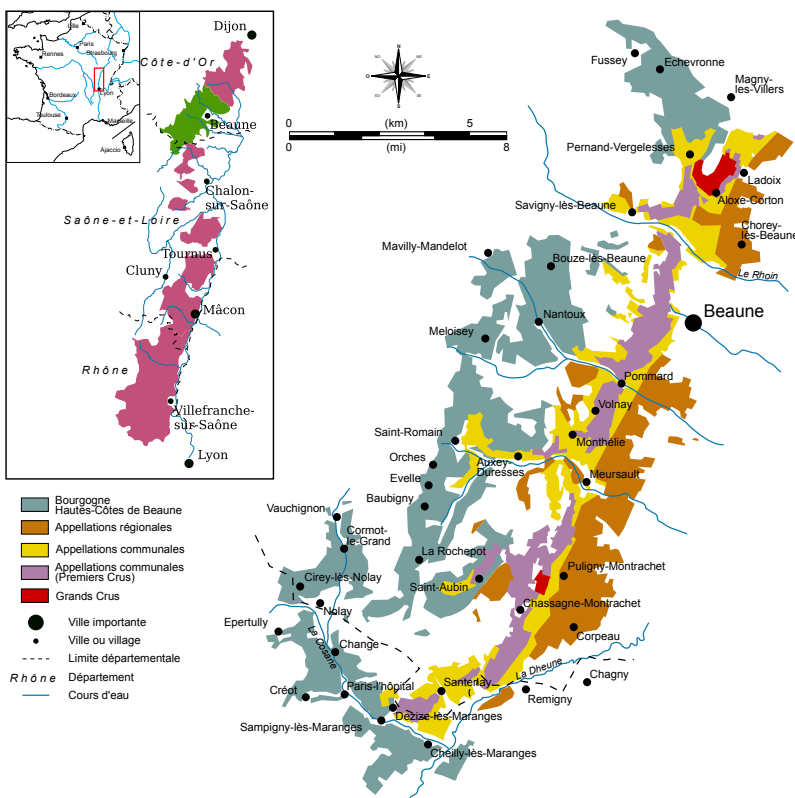
Die Église Saint-Rémy de Chardonnay aus dem 12. Jahrhundert.

der von Spurrier veranstaltet, änderte sich nicht viel an den Resultaten. Etliche Kalifornier landeten vor den Franzosen.

Und was immer wieder bei Proben vermerkt wurde: Selbst die besten Weinkritiker lagen des öfteren bei der Zuordnung der Weine zu ihrer Herkunft falsch. Nun ist Geschmack bekanntlich subjektiv, und ein Wein der heute, in genau dieser Stimmung im Urlaub

fantastisch schmeckt, kann ein paar Tage später unter anderen Umständen vielleicht weniger begeistern.

Insofern können Benotungen von Weinen niemals „objektive Wissenschaft“ sein. Faszinierend sind solche Blindverkostungen dennoch, an denen ich regelmäßig im Rahmen einer Rheingauer Weinloge und bei meinen eigenen Veranstaltungen teilnehme.



Die berühmten Weinlagen der Côtes de Beaune

DEUTSCHLAND GEGEN FRANKREICH – DAS „JUDGEMENT OF KIEDRICH“

Auf der Feier zum 60. Geburtstag meines Freundes Wilhelm Weil im Mai dieses Jahres waren auf dem Weingut Robert Weil verständlicherweise viele Winzer, Weinexperten und Weinliebhaber versammelt. Bei der Frage, welches Thema (nach den alkoholfreien Weinen vom PF Journal Juli 2023) denn als nächstes geeignet sein könnte, kam Dirk Martin (CEO von Serviceware) auf das Thema Chardonnay zu sprechen. Er habe deutsche Chardonnay gesammelt, die man mal mit Top-Weinen aus Burgund vergleichen könnte.

Ein verlängertes Wochenende mit Freunden beim Festival de Beaune in Burgund eröffnete mir dann die Möglichkeit, dort einige Weingüter zu besuchen. Und so kam schließlich mit weiteren „Weinspenden“ anderer Teilnehmer eine Blindverkostung einiger der beste deutsche Chardonnay im Vergleich zu Premier Cru und Grand Cru aus Burgund (sowie zwei

Piraten aus Kalifornien) zusammen, die die Dimensionen aller bisherigen Verkostungen für das Prevention First Journal sprengt.

Großzügigerweise durfte die Probe im Glaskabinett auf dem Weingut Robert Weil stattfinden. Aufgrund anderer Verpflichtungen konnten zwar die beiden Experten Jochen Becker-Köhn und Wilhelm Weil nicht selbst teilnehmen, wurden aber von Marie-Charlotte Weil und Robert Weil, Wilhelms Kindern, sowie dem Kellermeister des Weinguts Robert Weil, Christian Engel, bestens vertreten. Zu den Experten unter den Probenteilnehmer zählten u.a. Oliver Bock von der FAZ, der Winzer Philipp Wittmann aus Westhofen in Rheinhessen, Christian Witte von Henckell-Freixenet und der Weinhändler Peter Balzerowiak von WeinArt.

Die Weine wurden vorab in nummerierte Standard-Burgunderflaschen umgefüllt, um eine vollständige Verblindung zu gewährleisten. Ansonsten hätte man das eine oder andere Weingut schon an der Flaschenform erkennen können.

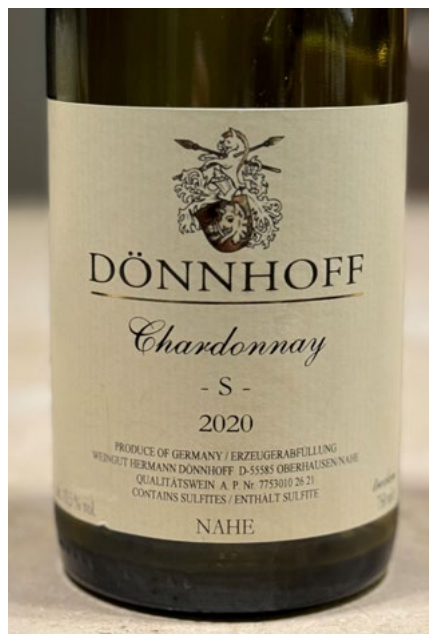
In jedem Flight von 4 Weinen wurde zunächst anonym per App auf dem Mobiltelefon die persönliche Rangreihenfolge der vier Weine abgefragt. So ergab sich ein Ranking pro Flight. Anschließend wurde die Frage gestellt, welche der vier Weine man als Franzosen aus dem Burgund einschätzen würde.

Um es vorwegzunehmen: Selbst den Experten fiel genau diese Zuordnung mitunter schwer, denn manche Burgunder tendieren mittlerweile in eine leichte, fast „ätherische“ Stilistik, und manche deutschen Weine haben sich einem klassischen Burgunderstil angenähert.

Ein Fazit vorab: Alle 20 Weine waren eigenständig sehr beeindruckend. Im direkten Vergleich innerhalb der Flights gab es oft ein enges „Kopf-an-Kopf-Rennen“, in Flight 4 sogar einen Gleichstand mit zwei Siegern: einem Top-Burgunder vom Château de

Meursault und einem kalifornischen Piraten, Château Montelena – ja richtig, genau das Weingut, das schon 1976 in Paris gewonnen hatte.

Im Folgenden stelle ich Ihnen meine Favoriten vor, die alle für sich Siegerweine sind. Preislich bewegen wir uns hier ausnahmsweise einmal nur im Segment „Oberklasse“ bis „Weltklasse“. Mein Dank gilt allen Weinspendern, mit deren Unterstützung diese exquisite Probe möglich wurde. Die Bezugsquellen sind entweder direkt die Weingüter oder Sie finden sie über www.winesearcher.com. <<



CHARDONNAY S 2020, WEINGUT HERMANN DÖNNHOFF, NAHE

Dieser Wein ist das „Erstlingswerk“ als Chardonnay des für seine hervorragenden Riesling bekannten Nahe-Winzers Cornelius Dönnhoff. Im ersten Flight hatte er die Nase vorn mit seiner Leichtigkeit und Eleganz, guter Frucht und einer gut eingebundenen Holznote vom Ausbau im großen Stückfass. Und definitiv ist das einer der Preis-Leistungs-Sieger des Abends. Aktuell verfügbar ist der Jahrgang 2022 für ca. 24 €.

Meine Bewertung: 91/100 Punkte.



LES JIROMÉES 2019, DOMAINE DE MONTMAIN, HAUT-CÔTES DES NUITS, BURGUND

Diesen Wein kann man zurecht einen „Klassiker“ nennen, und er wurde im ersten Flight auch klar als Burgunder erkannt. Über das Weingut, die Domaine de Montmain, hatte ich im [Prevention First Journal vom Oktober 2022](#) berichtet. Der Jiromées ist die Top-Weißweinlage des Weinguts. Der 2019er ist noch jung, sicherlich 10 Jahre+ lagerfähig. Er bietet in der Nase Aprikosen und zarte Röstaromen, am Gaumen ist er fruchtig, cremig und körperreich und hat einen harmonischen, langen Abgang. Sehr gutes Preis-Leistungs-Verhältnis: Für 28 € bekommt man im Burgund wenige Chardonnay in dieser Qualität.

Meine Bewertung: 92/100 Punkte



CHARDONNAY R 2020, WEINGUT ÖKONOMIERAT REBHOLZ, SIEBELDINGEN, PFALZ

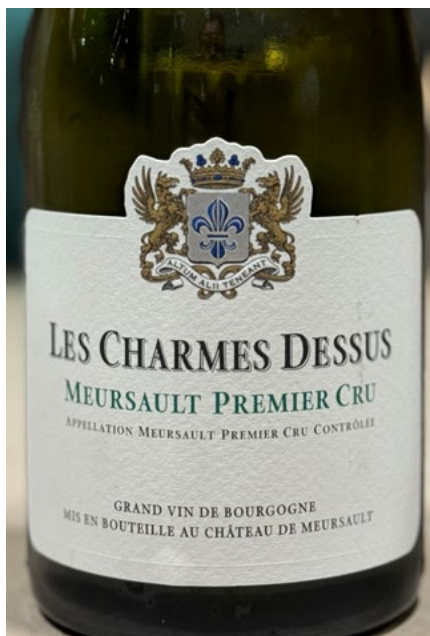
Schon vielfach ausgezeichnet, ging dieser fantastische Chardonnay des Pfälzer Bio-Weinguts in unserer Blindverkostung als „Franzose“ durch und beeindruckte mit einer sehr feinen Balance zwischen Mineralität, Frucht und Körper. Er kommt aus der Lage Kastanienbusch, die mit ihrem Boden aus Kalksteinfels und Lössauflage ideal für Chardonnay und Weißburgunder ist. Der „R“ hat alles, was einen Top-Burgunder ausmacht, bietet mit seiner Salzigkeit, Strahlkraft, Harmonie und Länge einen großen Spannungsbogen und ist sicher ein Langläufer mit einer Lagerfähigkeit von 10+ Jahren, der aktuell am besten dekantiert werden sollte. Der Preis des aktuellen Jahrgangs 2022 liegt bei ca. 40 € ab Weingut.

Meine Bewertung: 94/100 Punkte

MEURSAULT PREMIER CRU "LES CHARMES DESSUS" 2020, DOMAINE DU CHÂTEAU DE MEURSAULT, BURGUND

Dieser Wein zauberte vielen von uns beim ersten Schluck ein Lächeln aufs Gesicht, trägt er doch seinen Namen zurecht: Mehr „Charme“ ist bei einem Chardonnay kaum vorstellbar. Da stimmt einfach alles: Eine feinfruchtige Nase nach Mirabelle und Aprikose mit einem Hauch Feuerstein. Am Gaumen cremig und körperreich, aber perfekt ausbalanciert, Aromen von Quitte, Akazienhonig, eine gut eingebundene Barriquenote, großartige Länge, was will man mehr, einfach ein großer Burgunder aus einer Top-Lage. Beim Preis aber mal weghören – 120 € ab Weingut sind schon eine Hausnummer. Doch solange die Nachfrage stimmt – und die ist bei sehr überschaubaren Mengen unverändert groß – kann man im Burgund eben solche Preise aufrufen.

Meine Bewertung: 95/100 Punkte

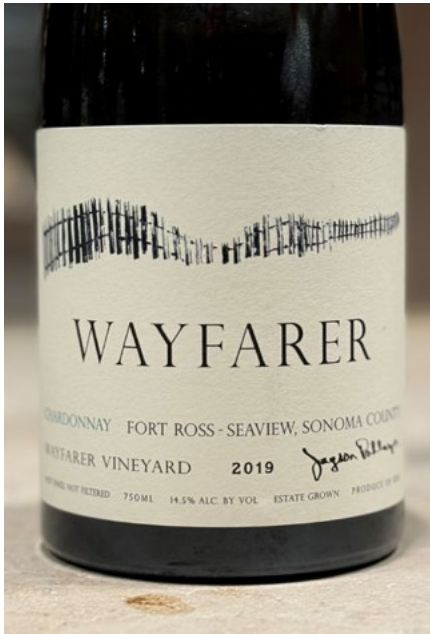


CHÂTEAU MONTELENA CHARDONNAY 2020, NAPA VALLEY, KALIFORNIEN

Der weiße Siegerwein des legendären Judgment of Paris von 1976 (coole Website: www.montelena.com) beeindruckt auch in den aktuellen Jahrgängen nach fast 50 Jahren – vielleicht gerade, weil er kein typischer „fetter“ Napa Valley-Chardonnay ist.

Er wurde von uns in Flight 4 punktgleich mit dem „charmanten“ Meursault auf Platz 1 gesetzt. Findet man unter kalifornischen Chardonnay häufig alkoholreiche Fruchtbomben mit kräftigen Vanillenoten vom amerikanischen Eichenfass, so ist der Montelena viel dezenter und eleganter. In der Nase grüner Apfel, Orangenblüten und Zitrusaromen gepaart mit einem Hauch von Vanille. Am Gaumen fokussiert und dicht mit Aromen von Sternfrucht, Ananas und Aprikose und auch eine gewisse „Spargelnote“, die einem Experten missfiel, mich aber nicht störte. Imposante Länge im Abgang. Der Wein ist noch sehr jung und wird sich weiterentwickeln. Optimale Trinkreife 2025-2030. In den USA ab Weingut „nur“ 75 US Dollar, wenn in Europa verfügbar, dann ca. 80-90 €.

Meine Bewertung: 95/100 Punkte



WAYFARER CHARDONNAY 2019, FORT ROSS-SEAVIEW, KALIFORNIEN

Im letzten Flight landete dieser Wein knapp geschlagen auf Platz 2 (war aber mein persönlicher Favorit). Fort-Ross-Seaview ist eine neue Weinbau-Appellation im nördlichen Sonoma County, ca. 80 km nordwestlich von San Francisco. Eine kühlere Region nur 5 Meilen vom Pazifik entfernt, jedoch in Höhenlagen oberhalb von 300m Meereshöhe und damit auch oberhalb der Nebelgrenze gelegen. Hier hat die im Napa Valley beheimatete Familie Pahlmeyer vor gut 20 Jahren ihr „Burgunder-Projekt“ gestartet, mit dem Anspruch, nichts weniger als ein „kalifornisches Romanee Conti“ aufzubauen. Die Story, wie es dazu kam, ist interessant (<https://www.wayfarervineyard.com/>) – und der 2019er Wayfarer Chardonnay ist spektakulär.

Oliver Bock, der ihn wie ich auf Platz 1 setzte, schreibt dazu: Expressives Bukett, straffer Chardonnay von cremiger, spielerischer Eleganz mit dezenten Aromen von Stroh und gelben Früchten. Perfekt eingebundenes Holz, dezente Säure. Sollte vor dem Genuss

dekantiert oder längere Zeit belüftet werden, um seinen vollen Charakter zu zeigen. Trotz hoher Konzentration, Komplexität und Fülle ein sehr trinkfreudiger Chardonnay mit guter Länge am Gaumen. Ein Chardonnay für die besonderen Momente. Preis ca. 85 €.

Leider wird der Wayfarer bisher nur in homöopathischen Dosen nach Europa exportiert – mein Dank an Dirk Martin für diesen raren Hochgenuss.

Meine Bewertung: 97/100 Punkte

CORTON-VERGENNES GRAND CRU 2017, DOMAINE CHANSON, BEAUNE, BURGUND

Der Abstimmungssieger im letzten Flight kommt aus einer der berühmten Grand Cru-Lagen um Aloxe-Corton, benannt nach dem Grafen von Vergennes, seines Zeichens Außenminister unter Königs Ludwig XVI und ehemaliger Besitzer dieses Weinbergs.

Dass der Wein 6 Jahre gereift ist, war sicherlich hilfreich für die Entfaltung seines Potentials – und hat ihm gegenüber dem jüngeren Wayfarer vielleicht auch einen Vorsprung verschafft. In der Nase florale Noten, gepaart

mit weißem Pfirsich und rauchigen Noten vom Barriqueausbau. Am Gaumen große Fülle und Dichte, dabei mehr auf der mineralischen als auf der fruchtigen Seite, große Komplexität und Tiefe, angenehme Salzigkeit im harmonischen, langen Abgang. Optimale Trinkreife 2027-2037, Preis ab Weingut 140 €. Ein burgundischer Grand-Cru für die „ganz besonderen Momente“ im Leben.

Meine Bewertung: 96/100 Punkte



HEUTE SHOW-SPEZIAL: FALSCH FOKUSSIERUNG AUF DEN ZUCKER



Prof. Martin ist einer der ersten deutschen Diabetologen, die sich pro Low-Carb positioniert und auch das Thema Diabetes-Remission thematisiert haben. Vor kurzem war er in einem Heute Show-Spezial bei Fabian Köster und Lutz Vanderhorst zu Gast, in dem auch die beiden Bundesminister Lauterbach und Özdemir interviewt wurden.

Ein persönliches Treffen mit den Ministern kam beim ZDF jedoch nicht zustande, weshalb Prof. Martin an die beiden einen offenen Brief schrieb, der auch in der Ärztezeitung veröffentlicht wurde (<https://www.aerztezeitung.de/Medizin/Die-alleinige-Fokussierung-auf-Zucker-ist-falsch-442448.html>)

Das Thema ist so wichtig und die Argumentation von Prof. Martin so gelungen, dass wir seinen offenen Brief mit seiner Erlaubnis hier abdrucken.



Westdeutsches Diabetes- und Gesundheitszentrum
Hohensandweg 37, 40591 Düsseldorf

An den
Bundesminister für Gesundheit
und den
Bundesminister für Ernährung und Landwirtschaft
10117 Berlin

Westdeutsches Diabetes- und
Gesundheitszentrum (WDGZ)

**Prof. Dr. Stephan Martin
Chefarzt**

Hohensandweg 37
40591 Düsseldorf

Sekretariat:
Telefon (02 11) 5 66 03 60-70
Telefax (02 11) 5 66 03 60-72

stephan.martin@vkkd-kliniken.de
www.vkkd-kliniken.de

Ihre Zeichen, Ihre Nachricht vom

Unsere Zeichen
ST MART

Unsere Nachricht vom

Datum
27. August 2023

Öffentliches Schreiben an die Bundesminister für Gesundheit sowie Ernährung und Landwirtschaft hinsichtlich des gemeinsamen Auftritts in der „heute-show spezial“ vom 25. August 2023

Sehr geehrte Herren Minister,

bei der Sendung der „heute-show spezial“ vom 25. August 2023 hatte wir einen gemeinsamen Auftritt: Sie als Minister, ich als Experte. Da wir aufgrund der zeitlich versetzten Aufnahmen nicht gemeinsam miteinander sprechen konnten, möchte ich gerne den Inhalt der Sendung und die von Ihnen beiden getätigten Aussagen als Experte reflektieren.

Ich gebe Ihnen, lieber Herr Kollege Lauterbach, hinsichtlich der durch Adipositas entstehenden medizinischen Probleme und Kosten komplett Recht. Auch Ihnen, lieber Herr Özdemir, stimme ich zu, dass Zucker in der Ernährung eine Ursache für Adipositas darstellt. Doch haben Sie beide sich einmal die Frage gestellt, warum Zucker überhaupt das Gewicht ansteigen lässt? Zusammen mit anderen Wissenschaftlern aus dem Bereich der Diabetesforschung haben Prof. Dr. Hubert Kolb, Prof. Dr. Michael Stumvoll, Prof. Dr. Werner Kramer, Dr. Kerstin Kempf und ich im Jahr 2018 eine Übersichtsarbeit mit dem Titel „Insulin translates unfavourable lifestyle into obesity“ (BMC Med. 2018; 16: 232) publiziert. Insulin wird in der Regel nur als Hormon angesehen, das den Blutzucker senkt. Jedoch hat Insulin eine weitere Wirkung: Insulin blockiert die Fettverbrennung und fördert die Fettablagerung. Dies kann man bei Kindern erkennen, die einen Insulinmangeldiabetes (Typ-1-Diabetes) entwickeln, denn die verspüren meist als erstes Symptom der Erkrankung eine ungewollte Gewichtsabnahme. Die Ursache dafür ist, dass durch das Fehlen von Insulin die Fettverbrennung ungebremst abläuft. Bei Adipositas und Typ-2-Diabetes besteht das Gegenteil: Diese Personen produzieren in der Regel übermäßige Mengen an Insulin, das dann eine Gewichtsabnahme blockiert.

Krankenhaus Mörsenbroich-Rath GmbH

- Augusta-Krankenhaus
- Krankenhaus Elbroich
- St. Vinzenz-Krankenhaus
- Gesundheits- und Therapiezentrum

Amalienstraße 9, 40472 Düsseldorf
Vorsitzender des Aufsichtsrates: Michael C. Begeré
Geschäftsführer: Christian Kemper, Ass. jur. Jürgen Braun
Sitz Düsseldorf – Handelsregister: HRB 120 82
IK-Nummer: 260511805 · USt-Id Nr.: DE244487275

Die Krankenhaus Mörsenbroich-Rath GmbH
ist eine Gesellschaft im

Verband Katholischer Kliniken Düsseldorf gGmbH

www.vkkd-kliniken.de

Bankverbindungen

Stadtparkasse Düsseldorf
IBAN: DE32 3005 0110 0059 0011 49
BIC: DUSSEDE33XXX

Hypo Vereinsbank
IBAN: DE61 3022 0190 0009 0119 00
BIC: HYVEDE3314

-2-

Das ist auch der Grund, warum Zucker zu Übergewicht und Adipositas führt, denn Zucker löst eine Insulinproduktion aus. Genauer betrachtet ist beim Haushaltszucker, der aus Traubenzucker (Glukose) und Fruchtzucker (Fruktose) besteht, die Glukose verantwortlich für die Insulinauslösung. Und hier haben wir auch das Problem, das in der „heute-show spezial“ nur am Rande angesprochen werden konnte: Glukose haben wir nicht nur im Haushaltszucker, sondern auch im Milchzucker. Anders ausgedrückt: **Ob Sie ein Glas Milch trinken oder ein halbes Glas Cola, spielt für den Glukosegehalt und die Auslösung von Insulin keine Rolle.** Es kommt aber noch schlimmer und da kommen wir zu den von Ihnen, lieber Herr Minister Özdemir, und den von Ihnen als Schwabe so geliebten Maultaschen. Solche Nudelgerichte, wie auch Brot, Kartoffeln oder Reis enthalten Stärke, die aus vielen Molekülen Glukose besteht und sogar schneller Insulin auslöst, als Zucker! Falls Sie diese Expertenaussage bezweifeln, so vergleichen Sie doch einfach einmal den **glykämischen Index von Haushaltszucker mit 65 mit dem von Kartoffelpüree mit 85!** Und die aktuell gehypte Hafermilch hat in 160 ml exakt so viel Glukose, wie in 200 ml Cola enthalten ist. Daher ist die alleinige Fokussierung auf Zucker als dickmachendes Nahrungsmittel nicht nur falsch, sondern im Hinblick auf die Adipositas-Epidemie sogar gefährlich. Der Lutz van der Horst und Fabian Köster angelegte Glukosesensor hat bei beiden extreme Ausschläge produziert, wenn sie stärkehaltige Produkte gegessen haben.

Eine weitere Aussage in der „heute-show spezial“ von Ihnen, lieber Herr Özdemir, bezog sich auf Fett. Dies würde aufgrund des hohen Kaloriengehaltes zur Adipositas-Entwicklung beitragen. Es sei angemerkt, dass eine Atkins-Diät, die sehr fettreich ist, bei einer Kalorienanzahl von 3.500 kcal zu einem erheblichen Gewichtsverlust führt. Diese Ernährungsform, die man sicher nicht lange durchhält, enthält keine Insulin-auslösenden Nahrungsmittel. Auch hier lohnt es sich, das Thema etwas genauer zu betrachten. Die Empfehlung, Fette, insbesondere gesättigte Fette in der Nahrung, zu meiden, stammt aus dem Jahr 1977. Damals hat der amerikanische Kongress aufgrund steigender Zahlen an Herz-Kreislauf-Ereignissen wie Herzinfarkt und Schlaganfall die Warnung vor Fetten ausgesprochen. Heute wissen wir, dass diese Empfehlungen falsch waren und zum Teil auf Wissenschaftsbetrug (BMJ 2016;353: i1246) oder Einfluss der Zuckerindustrie (JAMA Intern Med 2016; 176: 1680) entstanden sind. Zumindest hat vor 2 Jahren das American College of Cardiology in einem State-of-the-Art-Review vor der Verteufelung insbesondere gesättigter Fette gewarnt (JACC 2020;76: 844-857). Die Studien PREDIMED (N Engl J Med. 2018; 378: 2441) und CORDIOPREV (Lancet 2022; 399: 1876) haben in randomisierten Interventionen sogar für den hohen Konsum an Olivenöl einen schützenden Effekt auf die kardiovaskulären Ereignisse zeigen können. **Die Ernährungsempfehlung, die auch schon damals höchst umstritten war, muss man heute wohl als „American Fake News“ betrachten.** Zusammenfassend helfen wir Menschen mit Übergewicht und Adipositas nicht, wenn wir ihnen raten, Zucker und Fette zu meiden.

Wir haben am Westdeutschen Diabetes- und Gesundheitszentrum (Verbund Katholischer Kliniken Düsseldorf) den in der Übersichtsarbeit „Insulin translates unfavourable lifestyle into obesity“ vorgeschlagenen Weg, Gewichtsabnahme durch die Reduktion der körpereigenen Insulinspiegel zu erreichen, in verschiedenen randomisierten Studien nachgewiesen. In der kürzlich publizierten „Düsseldorfer Brotstudie“ haben wir mit einem kontrollierten, randomisierten und doppelblinden Studienansatz zeigen können, dass der Austausch von einem Roggenmischbrot, das entgegen der Erwartungen eine erhebliche Insulinproduktion auslöst, durch ein „Low-Insulin-Brot“ zu einer mittleren Gewichtsabnahme von mehr als 2 kg führt (Nutrients. 2023;15: 1301). Ein umfassendes Programm, bei dem die Teilnehmer in verschiedenen Schulungen mit der „Low-Insulin-Ernährung“ vertraut gemacht wurden, hat zu einer Gewichtsabnahme im Mittel zwischen 8-10 kg nach einem Jahr geführt (Nutrients. 2020; 12: 3004). Der Versuch, das Programm durch eine Zertifizierung durch die Zentralstelle der Krankenkassen auch einer breiten Bevölkerungsgruppe zugänglich zu machen, ist kläglich gescheitert. Obwohl wir auch hier eine randomisierte kontrollierte Studie vorlegen konnten, wurde es abgelehnt: Wir hätten in dem Programm keinen Low-Fat-Ansatz genutzt und zusätzlich in den

- 3 -

-3-

ersten Wochen ein Formuladiät-Programm verwendet; beides entspricht nicht den Vorgaben der Krankenkassen! Forschung und Wissenschaft scheinen bei den Krankenkassen anscheinend keine Rolle zu spielen!! Auch sei erwähnt, dass wir in Düsseldorf mit dem Low-Insulin-Programm auch sehr erfolgreich bei der Behandlung des Typ-2-Diabetes sind: Im letzten Jahr habe ich bei mehr Patienten mit Typ-2-Diabetes häufiger Insulin absetzen als ansetzen können. Auch das haben wir mit einer randomisierten kontrollierten Studie nachweisen können (Diabetes Care 2017; 40: 864). Das ist natürlich auch nicht im Sinne der Krankenkassen, da dann die HMG20 Ausgleichzahlungen aus dem Morbi-RSA in Höhe von 2240 EUR für die Insulintherapie entfallen. Dies zeigt, dass nicht nur die Lebensmittel- oder Pharmaindustrie von Adipositas profitieren. Adipositas ist halt ein großes Geschäft.

Da wir uns bei den Dreharbeiten zu unserer „gemeinsamen Sendung“ nicht haben kennenlernen können, möchte ich Sie beide gerne zusammen in das Westdeutsche Diabetes- und Gesundheitszentrum zu einer Fortbildung einladen. Sicher stellen Lutz van der Horst und Fabian Köster ihre Glukoseverläufe für gemeinsame Detailanalysen zur Verfügung. Auch würde ich Ihnen die zuvor erwähnten Studien im Detail vorstellen und würde mich freuen, wenn es uns zusammen gelingen könnte, Betroffenen auch neue und wissenschaftlich bewiesene Möglichkeiten zu geben, um das Gewicht zu reduzieren und sich vor Erkrankungen zu schützen oder diese zu bekämpfen.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr



Prof. Dr. Stephan Martin
Chefarzt



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

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

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 55 48 47
Fax: +49 (0) 221-59 55 48 38
koeln@preventionfirst.de

Berlin

Turmstraße 65
10551 Berlin
Fon: +49 (0) 30-58 58 450 0
Fax: +49 (0) 30-58 58 450 22
berlin@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 © 4/2023 – Verantwortlich für Inhalt und Text: Dr. med. Johannes Scholl – Layout: Gaby Bittner, Abb.Titel © Guido Bittner; © S. 1 © New Africa - adobe-stock.com; S.2 © K.- P. Adler - adobe-stock.com; S.3 © logoboom - adobe-stock.com; S.5 Gila-Krustenechse © Wikimedia Commons: Von MonsterDoc - Eigenes Werk, CC BY-SA 4.0, <https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=95221360>; S.8 © Елена Якимова - adobe-stock.com; S.9 © Rabizo Anatolii - adobe-stock.com; S.9 © janvier - adobe-stock.com; S.10 © New Africa - adobe-stock.com; S.11 © Salim Yusuf; S.12 Fotos auf Grafik - shutterstock; S.13 © irissca - adobe-stock.com; S.14 © koldunova - adobe-stock.com; S.15 © Henrik Dolle - adobe-stock.com; S.16 © Nataliya Schmidt - adobe-stock.com; S.17. © Paloma Ayala - adobe-stock.com; S.18 Kirche von Chardonnay: © Von Adrian Michael - Eigenes Werk, CC BY-SA 3.0, <https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=10953562>; S.18 Lagenkarte https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Vignobles_cotes_de_beaune-fr.svg; S.22-25 Originalbrief mit Genehmigung von Prof. Dr. Stephan Martin