



# prevention first® journal

November | 2025



**GRIPPEIMPFUNG GEGEN  
DEN HERZINFARKT S.3**

**VISUALISIERUNG  
WIRKT PRÄVENTIV S. 5**

**ANEURYSMEN  
IM GEHIRN S. 7**

**KOHLLENHYDRATE  
ODER KALORIEN S. 9**

**UNSERIÖSE  
LABORTESTS S. 11**

**HILFT KREATIN  
BEIM SPORT? S. 13**

**WEISSBURGUNDER  
AUS SÜDTIROL S. 17**

# EDITORIAL



*Unser Gesundheitswesen sollte eigentlich Krankheitswesen genannt werden, denn es tut wenig für die Erhaltung der Gesundheit. Vielmehr denkt es vom Ende her und kümmert sich sehr oft nur um die Verwaltung chronischer Krankheiten, die zum größeren Teil vermeidbar wären.*

*Die ökonomischen Strukturen dieses Krankheitswesens sind in Deutschland falsch ausgerichtet und verhindern wirksame Prävention: Es gibt zahlreiche Beispiele, nicht nur mein Lieblingsthema Typ 2-Diabetes, sondern auch Herz-Kreislauf-Erkrankungen, orthopädische Probleme wie die Hüft- oder Kniegelenksarthrose, die Demenz oder auch die Pflegebedürftigkeit, bei denen ganz offensichtlich keiner der Player ein Interesse hat, die Inzidenz (das Auftreten) dieser Erkrankungen zu senken.*

*Auch einige medizinischen Fachgesellschaften bekleckern sich in dieser Hinsicht nicht mit Ruhm. Sowohl in der DGK (Deutsche Gesellschaft für Kardiologie), der DGIM (Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin) oder der DDG (Deutsche Diabetes Gesellschaft) sind die Befürworter verstärkter Präventionsbemühungen eine kleine Minderheit. Die Mehrheit ist skeptisch, ob man sich nicht „den Ast absägen würde, auf dem man sitzt“.*

*Unterstützt werden Sie dabei von der Industrie, den Krankenhäusern und sogar von den Krankenkassen, deren Deckungsbeiträge pro Versichertem durch den Morbi-RSA („Morbiditätsrisikostukturausgleich“, ein typisch deutscher Bandwurmname) höher sind, wenn sie beispielsweise mehr Diabetiker in ihrem Klientel haben. Klar, dass man dann kein Interesse an der Prävention hat.*



*Die größten „Präventions-Skeptiker“ findet man in der DEGAM, der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin. Sie hat immer wieder „abweichende Meinungen“ in Leitlinien eingebracht, die sich mit der Prävention beschäftigen, und spricht sich beispielsweise explizit gegen die Früherkennung der Arteriosklerose aus. Die Fachgesellschaft der Hausärzte sieht eine Einengung der Halsschlagader noch nicht als behandlungspflichtiges Problem an, solange kein Schlaganfall aufgetreten ist. Das verstehe, wer will.*

*Doch Ehre, wem Ehre gebührt: Die Deutsche Gesellschaft für Urologie macht hier eine Ausnahme. Sie hat aus ihren früheren Fehlern gelernt und vor wenigen Monaten eine neue S3-Leitlinie zum Prostatakarzinom veröffentlicht. Darin spricht sie sich klar für die Einführung des „schwedischen Modells“ nach der Göteborg 2-Studie aus, mit dem man in der Früherkennung des Prostatakarzinoms zwei Drittel der überflüssigen, radikalen Prostataoperationen vermeiden kann. Über dieses Modell hatten wir*

*bereits im letzten Prevention First Journal berichtet.*

*Zukünftig soll bei einem erhöhten PSA-Wert von > 3 ng/ml obligat zunächst ein Multiparametrisches MRT der Prostata durchgeführt werden, bevor man eine Biopsie (Probeentnahme) aus der Prostata entnimmt. Das MRT der Prostata kann die Wahrscheinlichkeit für einen klinisch relevanten Tumor abschätzen und dadurch viele Fälle von Fehlarbeit vermeiden.*

*Das erspart vielen Männern die Impotenz oder Inkontinenz und senkt erheblich die Gesamtkosten für die Früherkennung und Therapie des Prostatakarzinoms. Denn langfristig betrachtet – das hat man in Schweden bereits durchgerechnet – spart man durch die vermiedenen Operationen mehr Geld ein als die zusätzlichen MRT-Untersuchungen anfänglich kosten.*

*Nun muss in Deutschland nur noch der Gemeinsame Bundesausschuss die Umsetzung dieses Modells genehmigen – leider dauert so etwas er-*

fahrungsgemäß bei uns lange. Weil einige Krankenkassen verstanden haben, dass das schwedische Modell ihre Kosten pro Versichertem reduzieren kann, haben sie bereits Einzelverträge mit radiologischen Praxen geschlossen, sodass zumindest für einen Teil der GKV-Versicherten die Kosten für das MRT bereits auch von den gesetzlichen Krankenversicherungen übernommen werden. Fragen Sie im Fall der Fälle bei Ihrer Krankenkasse nach.

Übrigens wurde in die Leitlinien auch eine Anregung von mir aufgenommen: Es ist seit langem bekannt, dass der PSA-Wert durch Druck auf die Prostata erhöht werden kann, sei es durch eine Fahrradtour oder durch eine Ejakulation beim Sex. Studien zeigen, dass der Anstieg mit 1-1,5 ng/ml erheblich sein kann, wodurch mancher Mann die Hürde von 3 ng/ml zur Verdachtsdiagnose „Prostatakarzinom“ überspringen könnte.

Als die Konsultationsfassung zur neuen S3 Leitlinie im Internet stand, machte ich mit dem offiziellen Antragsformular zur Änderung der Leitlinien auf diese Thematik aufmerksam. Nun heißt es auf Seite 49 der endgültigen Fassung:

„Ejakulationen, Radfahren und andere „mechanische Belastungen“ der Prostata können zu Erhöhungen des PSA-Wertes führen, sodass dies spätestens vor der Kontrolle eines erhöhten PSA-Wertes zu vermeiden ist.“

Unsere neue Gesundheitsministerin Nina Warken, die seit Mai im Amt ist, ist von der Ausbildung her Juristin mit dem Schwerpunkt Sozial- und Verwaltungsrecht. Sie muss aktuell dafür sorgen, dass die Kosten im Gesundheitswesen nicht „explodieren“. Noch fehlt ihr allerdings ein schlüssiges, langfristig tragbares Konzept, um dies zu erreichen.

Wir sollten uns ein Beispiel an den skandinavischen Ländern nehmen, in denen die Prävention eine deutlich größere Rolle spielt. Ihre staatlich finanzierten Gesundheitssysteme wollen die Kosten dadurch begrenzen, dass die Bevölkerung an wirksamen Präventionsprogrammen teilnimmt. Schweden macht eine bessere Tabakpolitik, hat im Vergleich zum deutschen Kassen-Check bessere Check-up-Untersuchungen, in denen auch die Früherkennung der Arteriosklerose eine Rolle spielt, und ist führend in der Krebsfrüherkennung, siehe das Beispiel Prostatakarzinom.

Ich will damit nicht sagen, dass staatliche Regulierung die Lösung aller Probleme sei, jedoch sollten die ökonomischen Strukturen in unserem Krankheitswesen so verändert werden, dass Gesundheit und Prävention belohnt und vermeidbare Erkrankungen tatsächlich vermieden werden. Aktuell zahlen die gesetzlich Versicherten immer höherer Beiträge, weil nicht einmal ihre Krankenkassen ein ökonomisches Interesse an gesünderen Versicherten haben, wenn sie bei kränkerem Klientel wirtschaftlich besser abschneiden.

Gesundheitsministerin Warken hat nun eine Experten-Kommission eingesetzt, die sich im nächsten halben Jahr damit beschäftigen wird, wie man die grundsätzlichen Strukturen unseres Gesundheitswesens umgestalten könnte. Wie ich von einem der Mitglieder erfahren habe, will man in dieser Kommission ernsthaft über das Thema Prävention diskutieren. Vielleicht ein Hoffnungsschimmer am Horizont.

In dieser Ausgabe des Prevention First Journals stellen wir Ihnen wieder interessante Themen aus der Welt der Gesundheitsförderung und Prävention vor. Beispielsweise steht nun die

nächste Grippezeit an, und es ist klar bewiesen, dass die Grippeimpfung nicht nur den Verlauf einer Influenza-Infektion abmildert, sondern auch Herzinfarkte und Schlaganfälle vermeiden hilft. Erfahren Sie, welche Mechanismen dabei eine Rolle spielen.

Wir berichten über die Gefahr durch Hirnaneurysmen, das sind Aussackungen der Arterien im Schädel. Davon sind 2-3 % der Bevölkerung betroffen. Aber sollte man deshalb alle darauf screenen? Und wie würde man im Fall der Fälle damit umgehen?

Unsere Frankfurter Kollegin Sara Boto bringt neue Erkenntnisse zur Bedeutung der Visualisierung arteriosklerotischer Veränderungen, die bei der Umsetzung präventiver Maßnahmen hilft.

Eine bahnbrechende Studie zur Rückbildung des Typ-2-Diabetes über 2 verschiedene Varianten einer Mahlzeitenersatztherapie wurde gerade von einer Arbeitsgruppe der Charité veröffentlicht: Sie zeigt, dass bei gleicher Energiezufuhr von 800 kcal/Tag die Erfolgsquote mit einer kohlenhydratarmen Mahlzeitenersatztherapie (HEPAFAST mit 28 % KH) viel besser war als bei dem „Klassiker“ OPTIFAST von Nestlé, der einen KH-Anteil von 40 % hat. Aus meiner Sicht ist das der „Oskar für das Lebenswerk“ von Nicolai Worm! Es sind eben doch die Kohlenhydrate und nicht nur die Kalorien!

Haben Sie auch schon Angebote zu fragwürdigen Laboruntersuchungen erhalten? Wir warnen Sie vor der Abzocke mit Mikrobiom-Analysen oder Bluttests auf Lebensmittelallergien und erläutern Ihnen die wissenschaftliche Evidenz.

Außerdem berichten wir über den Sinn und Nutzen von Kreatinphosphat als Nahrungsergänzungsmittel für ambitionierte Sportler.

Wie immer kommt auch der Genuss nicht zu kurz: Neben einem leckeren Rezept von Peter Kurz stelle ich Ihnen die Rebsorte Weißburgunder / Pinot Blanc und einige ihrer besten Vertreter vor.

Dies ist die letzte Ausgabe des Prevention First Journals 2025. Wir wünschen Ihnen eine schöne (Vor-) Weihnachtszeit und einen bewusst aktiven Start in ein gesundes und friedvolles neues Jahr 2026!

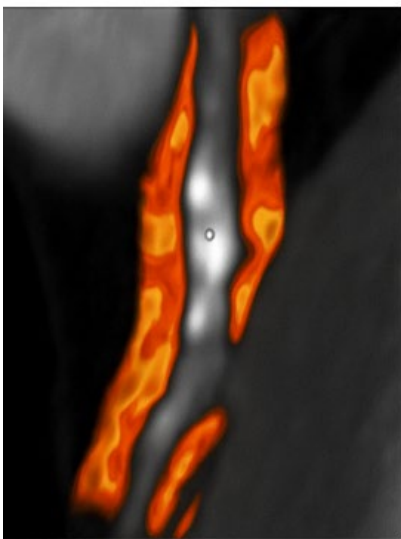
Herzliche Grüße  
Ihr  
Johannes Scholl



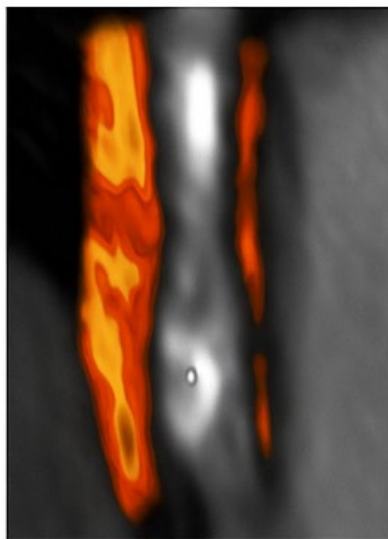


# IMPFUNGEN ZUR HERZ-KREISLAUF-PRÄVENTION

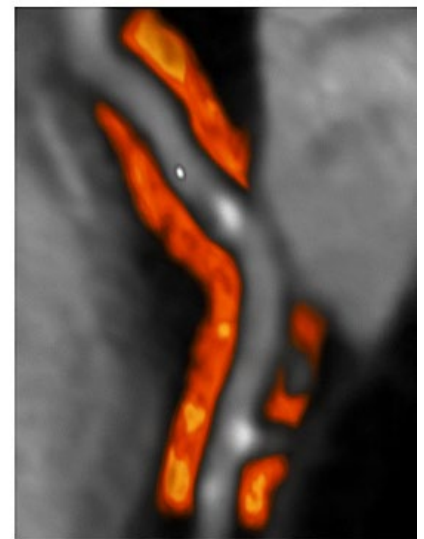
**LAD**



**LCX**



**RCA**



Entzündetes Fettgewebe im Rahmen einer Grippe kann Plaques zum Aufplatzen bringen.

Impfungen haben in der öffentlichen Gesundheitsdebatte seit der COVID-19-Pandemie stark an Bedeutung gewonnen. Neuere Erkenntnisse zeigen, dass bestimmte Infektionen – etwa durch Influenza, SARS-CoV-2 oder RSV-Viren – nicht nur akute Atemwegserkrankungen verursachen, sondern durch die akute Entzündungsreaktion auch Herzinfarkte und Schlaganfälle verursachen können.

Die Europäische Gesellschaft für Kardiologie (ESC) fasst in einem aktuellen Konsensuspapier den Stand der Forschung zusammen und stellt Impfungen als neuen Pfeiler der Herz-Kreislauf-Prävention vor.

## BEDEUTUNG KARDIOVASKULÄRER ERKRANKUNGEN UND PRÄVENTION

Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind weltweit die häufigste Todesursache. Die chronische koronare Herzkrankheit betrifft über 300 Millionen Menschen weltweit. Obwohl Fortschritte in Behandlung und Aufklärung erzielt wurden, prognostiziert man einen weiteren Anstieg der Erkrankten sowohl durch die steigende

Lebenserwartung als auch durch die Folgen der weltweiten Adipositas- und Diabetes-Epidemie.

Zur Verschlimmerung der Arteriosklerose tragen klassische Risikofaktoren wie Bluthochdruck, hohes LDL-Cholesterin und vor allem Entzündungsprozesse maßgeblich bei – letztere auch als Reaktion auf Infektionen.

## INFEKTIONEN ALS AUSLÖSER KARDIOVASKULÄRER KOMPLIKATIONEN

Frühere Studien haben gezeigt, dass in der einen Woche mit schwerer Influenza-Grippe das Risiko für einen Herzinfarkt 6-10 x höher liegt als in den restlichen 51 Wochen des Jahres. Während der Corona-Pandemie verstarben viele ältere Menschen im Rahmen der Covid-Infektion nicht am Lungenversagen, sondern an Herzinfarkten und Schlaganfällen.

Man geht davon aus, dass die generalisierte Entzündung im Rahmen von Covid oder einer Influenza-Grippe zu einer Destabilisierung bereits vorhandener arteriosklerotischer Plaques mit anschließender Plaqueruptur

führt, als deren Folge dann ein Gerinnsel das Herzkranzgefäß verstopft und den Herzinfarkt auslöst.

Im Vergleich zu einer Placebo-Impfung mit Kochsalzlösung senkte die Gripeschutzimpfung im Herbst bei Menschen mit erhöhtem Herz-Kreislauf-Risiko das Risiko für einen Herzinfarkt im folgenden Winter. Mittlerweile gibt es Metaanalysen solcher randomisierter Studien, die die Wirksamkeit der Impfung klar beweisen.

Auch Impfstoffe gegen Herpes Zoster, RSV und Pneumokokken zeigen vielversprechende Effekte. Allerdings sind für diese Impfstoffe weitere Studien nötig, um eine klare Empfehlung zur Herz-Kreislauf-Prävention abzugeben.

## EMPFEHLUNGEN DER FACHGESELLSCHAFTEN

Die ESC sowie die amerikanischen Fachgesellschaften AHA und ACC empfehlen Impfungen gegen Influenza, Pneumokokken und COVID-19 für Patienten mit koronarer Herzkrankheit und Herzinsuffizienz. Auch

Patienten mit angeborenen Herzfehlern, Schwangere und immungeschwächte Menschen sollten nach sorgfältiger Risikoabwägung geimpft werden. Diese Impfungen sind sicher, gut verträglich und auch nach akuten Erkrankungen wie einem Herzinfarkt sinnvoll.

Wir bei Prevention First erweitern die Empfehlung zur Gripeschutzimpfung insbesondere auf Menschen mit Plaques an den Halsschlagadern, da dann häufig auch an den Herzkranzgefäßen Plaques vorliegen werden.

## SICHERHEITSASPEKTE UND IMPFKOMPLIKATIONEN

Schwerwiegende Nebenwirkungen von Impfungen sind selten. Eine Herzmuskelentzündung trat bei den mRNA-Impfstoffen gegen CoViD-19 insbesondere bei jüngeren Männern zwar etwas häufiger auf als bei Ungeimpften.

Jedoch war das Risiko für Ungeimpfte, bei echter CoViD-19 Erkrankung eine Herzmuskelentzündung zu bekommen, 7x häufiger als bei der Impfung.

Die Angst vor Nebenwirkungen einer Influenza-Impfung, die leider auch bei Prevention First von manchen geäußert wird, ist unbegründet. Grundsätzlich führt jede Impfung

vorübergehend zu einer Schwächung des Immunsystems, während die Impfreaktion läuft. Über einige Tage ist man dann erhöht anfällig für andere Atemwegsinfekte, was die Beobachtung erklärt, dass manche Menschen glauben, „durch die Impfung eine Grippe bekommen zu haben“. In der Regel war das dann aber eine harmlose Erkältung.

Die echte Influenzagrippe kann die Betroffenen für 2-3 Wochen ausknocken. Hohes Fieber, Schüttelfrost, Glieder- und Gelenkschmerzen sind die typischen Symptome, manchmal sogar noch gefolgt von einer bakteriellen Lungenentzündung. Über etliche Wochen kann man keinen Sport treiben. Schon das sollte ein Grund sein, sich gegen Influenza impfen zu lassen.

Noch ein Hinweis: Für über 60-jährige wird bei der Influenza-Impfung seit 2 Jahren eine erhöhte Impfdosis zur Erreichung eines besseren Impfschutzes empfohlen. Im Hinblick auf die Verträglichkeit sind zellbasierte Impfstoffe (z.B. Flucelvax 2025/2026®) den klassischen, Hühnerweiß-basierten Impfstoffen überlegen.

## Fazit und Ausblick

Impfungen sind ein wirksames, kostengünstiges und sicheres Mittel zur Senkung des Herz-Kreislauf-Risikos – insbesondere bei älteren Menschen und bei Personen mit arteriosklerotischen Plaques. Sie sollten als vierte Säule der Prävention – neben Blutdruckkontrolle, Cholesterinsenkung und Diabetestherapie – anerkannt werden.

Zukünftig werden kombinierte Impfstoffe gegen mehrere Erreger auf den Markt kommen, was die Anwendung weiter vereinfachen könnte. Eine gute Aufklärung, einfache Zugänge zur Impfung und eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von Kardiologen und Hausärzten insbesondere zur Impfung von Risikokandidat:innen sind entscheidend, um die Impfquote zu erhöhen. <<

Heidecker B, Libby P, Vassiliou VS et al., Vaccination as a new form of cardiovascular prevention: a European Society of Cardiology clinical consensus statement. European Heart Journal 2025; ehaf384, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaf384>



# VISUALISIERUNG DER ARTERIOSKLEROSE MOTIVIERT ZUR RISIKOFAKTORENKONTROLLE

Von Sara Boto, Fachärztin für Innere Medizin, Prevention First Frankfurt

Ein Ziel der Präventivmedizin ist es, Menschen frühzeitig für die Bedeutung eines gesunden Lebensstils zu sensibilisieren, um mittel- bis langfristig Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu verhindern. Oft reichen Lebensstiländerungen allein nicht aus – dann ist eine frühzeitige medikamentöse Therapie notwendig.

Die konsequente Umsetzung von Empfehlungen, sowohl in Bezug auf den Lebensstil als auch auf Medikamente, fällt vielen Menschen jedoch schwer. Hier setzt die Idee an, bildgebende Verfahren wie Ultraschall oder Computertomografie nicht nur zur Diagnose, sondern auch zur Motivation einzusetzen.

In der Kardiologie beobachten wir eine zunehmende Bedeutung der Computertomographie

gegenüber der direkten Herzkatheteruntersuchung. Bei asymptomatischen Patienten mit mittlerem bis hohem Herz-Kreislauf-Risiko wird häufiger die Koronare CT-Angiographie (CCT-A) eingesetzt – sofern kein akutes Ereignis vorliegt, das eine sofortige Katheter gestützte Intervention notwendig macht.

## CT IN DER PRÄVENTION?

In Schottland wurde in einer aktuellen Studie (SCOT-HEART 2, 2025) untersucht, ob die Koronare CT-Angiographie (CCTA) auch im Rahmen der primären Prävention Vorteile bietet – also bei Menschen ohne bekannte Herzkrankheit und ohne Beschwerden, aber mit mindestens einem Risikofaktor.

Zwischen 2000 und 2024 wurden insgesamt 400 Teilnehmende im Alter zwischen 40 und 70 Jahren ohne bekannte koronare Herzkrankheit und ohne Symptome untersucht. Voraussetzung war das Vorliegen mindestens eines Risikofaktors. Die Teilnehmenden wurden zufällig auf zwei Gruppen verteilt:

- » Gruppe 1 erhielt eine standardisierte Risikobewertung anhand des ASSIGN-Risiko Scores.
- » In Gruppe 2 wurde eine Koronare CT-Angiographie durchgeführt.

Die Gruppen erhielten identische Empfehlungen für einen gesunden Lebensstil. In Gruppe 1 wurde bei einem Risiko  $\geq 10\%$  zusätzlich eine Statintherapie begonnen. In Gruppe 2 erhielten Personen mit im CT sichtbaren Plaques an den Herzkranzgefäßen eine entsprechende Medikation (Statin, Aspirin und ggf. ACE-Hemmer bei höhergradiger Verengung).

Nach 6 Monaten zeigte sich: In der CT-Gruppe nahmen deutlich mehr Teilnehmende die empfohlenen Medikamente ein (77 % vs. 46 %). Außerdem erzielten sie größere Fortschritte beim Abnehmen, bei der Ernährung und bei der täglichen Bewegung. Insgesamt zeigte sich, dass das Herz-Kreislauf-Risiko in der CT-Gruppe stärker gesenkt werden konnte – vor allem bei nachgewiesener Atherosklerose.

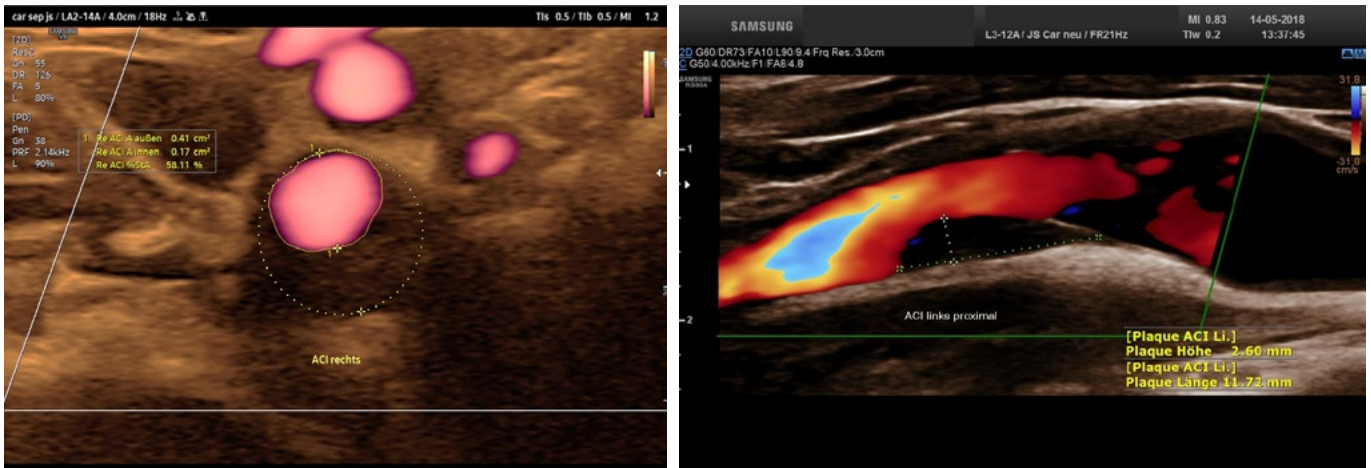
## BILDER SAGEN MEHR ALS WORTE

In der CT-Gruppe wurde zusätzlich untersucht, ob die Darstellung der CT-Bilder einen Unterschied macht: Eine Hälfte erhielt nur eine verbale Erklärung der Ergebnisse, die andere sah zusätzlich die CT-Bilder. Überraschenderweise gab es hier keine Unterschiede in Bezug auf Lebensstiländerungen oder Medikamenteneinnahme.

Ein ähnlicher Ansatz wurde bereits in der schwedischen VIPVIZA-Studie (2019) verfolgt: In dieser Studie wurden 3532 Personen auf zwei Gruppen verteilt. Beide erhielten nach einem Gesundheits-Check Informationen über ihre Risikofaktoren und ihren Score.







Bilder einer beginnenden Carotis-Stenose

Zusätzlich wurden bei einer Gruppe die Ergebnisse der Ultraschalluntersuchung der Halsschlagadern (Carotis) erklärt – inklusive Visualisierung der Intima-Media-Dicke (IMT, auch als "Gefäßalter" bezeichnet) sowie möglicher Plaques. Diese Interventionsgruppe wurde auch aktiv an ihre Hausärzte verwiesen.

Die Visualisierung der Gefäßveränderungen zeigte einen deutlichen Effekt: Je höher die IMT oder bei Vorhandensein von Plaques – umso größer war die Motivation zur Lebensstiländerung und zur Medikamenteneinnahme. Die Dicke der Intima Media wurde in Ampelfarben (grün, gelb, rot) dargestellt, was die Risikowahrnehmung weiter unterstützte. Auch bei den betreuenden Hausärzten führte der Bericht mit Bildern zu einer höheren Bereitschaft zur Weiterbehandlung.

Ein theoretisch errechnetes Risiko reicht oft nicht aus, um Verhaltensänderungen auszulösen. Das Wissen um das Vorliegen einer Arteriosklerose – und insbesondere das Sichtbarmachen dieser Veränderungen – erhöht jedoch die Wahrscheinlichkeit, dass empfohlene Maßnahmen umgesetzt werden.

In unseren Check-ups führen wir routinemäßig eine Ultraschalluntersuchung der Halsschlagadern durch. Die Ergebnisse werden sowohl visuell (mit Bildern und Grafiken) als auch im persönlichen Abschlussgespräch und im schriftlichen Bericht ausführlich erläutert. Bilder werden dem Bericht häufig hinzugefügt.

### Fazit für Prevention First

Unser Ziel ist es, Arteriosklerose oder eine erhöhte IMT möglichst früh zu erkennen, damit diese Erkenntnis zu einer besseren Umsetzung der empfohlenen Lebensstiländerungen und der medikamentösen Kontrolle von Risikofaktoren führt.

Die Darstellung der Herzkranzgefäße mittels Computertomografie nutzen wir dann, wenn aufgrund eines errechneten hohen Risikos bei gleichzeitig festgestellten, schweren Veränderungen der Halsschlagadern eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für eine Herzkranzgefäßverengung besteht. In einem Routine-Check-up hat sie wegen der Strahlenbelastung und der Kosten noch keinen Platz.

Die Ultraschalluntersuchung der Halsschlagadern hingegen ist nicht-invasiv, schmerzfrei, strahlungsfrei – und liefert eine gute Aussage über den Gefäßzustand. Wenn sich hier eine Arteriosklerose zeigt, ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass auch andere Gefäße – z. B. Herzkranzgefäße, Hirn- oder Beinarterien – betroffen sind. In diesem Fall sollte das Anlass genug sein, um aktiv und dauerhaft an der Verbesserung des eigenen Risikoprofils zu arbeiten. <<

### Literatur:

McDermott M et al., CT Angiography, Healthy Lifestyle Behaviors, and Preventive Therapy: A Nested Substudy of the SCOT-HEART 2 Randomized Clinical Trial. JAMA Cardiol. 2025;10(8):841-850.

<https://doi.org/10.1001/jamacardio.2025.1763>

Näslund U et al., Visualization of asymptomatic atherosclerotic disease for optimum cardiovascular prevention (VIPVIZA): a pragmatic, open-label, randomised controlled trial. Lancet. 2019 Jan 12;393(10167):133-142.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32818-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32818-6)

# ANEURYSMEN IM GEHIRN – WIE GROSS IST DIE GEFAHR?

Hatten Sie schon einmal einseitige, heftige Kopfschmerzen? Stark pochend? Wurde Ihnen dabei übel? Das können die typischen Symptome eines schweren Migräneanfalles sein. Und wenn jetzt Sie diesen Artikel lesen, dann ist offensichtlich alles wieder gut geworden. Manchmal steckt hinter solchen Symptomen jedoch etwas Schlimmeres.

Als junger Assistenzarzt versorgte ich in der Notaufnahme einmal einen 40-jährigen Mann mit rasenden Kopfschmerzen und ständigem Erbrechen. Die Probleme waren mit einem Schlag beim Bücken aufgetreten. Im CT fanden wir ein rupturiertes Aneurysma mit Hirnblutung (Subarachnoidalblutung).

Wir verlegten ihn so schnell wie möglich per Hubschrauber in die Neurochirurgie der Uniklinik Frankfurt, wo wegen der Hirndrucksteigerung die Blutung operativ entlastet wurde. In einem solchen Fall zählt jede Minute. Häufig kommt es auch nach einer erfolgreichen Operation zu bleibenden Schäden.

## WIE HÄUFIG SIND NICHT RUPTURIERTE HIRNANEURYSMEN?

Von einem Aneurysma spricht man im Falle einer Erweiterung oder umschriebenen Ausbuchtung einer Schlagader. Intrakranielle, also innerhalb des Schädels gelegene Aneurysmen sind Ausbuchtungen der Wand von Hirnschlagadern. Sie treten schätzungsweise bei 1,5 bis 1,8 Millionen Menschen in Deutschland auf – das sind etwa 2-3% der Erwachsenen.

In >99% der Fälle machen Hirnaneurysmen lange keine Beschwerden und werden zufällig im Rahmen eines CT oder einer Kernspintographie des Schädels entdeckt, wenn diese aus anderen Gründen durchgeführt werden.

## WARUM ENTSTEHEN ANEURYSMEN?

Man kennt genetische Faktoren und Lebensstil-Faktoren, die das Auftreten eines Hirnaneurysmas begünstigen können. Bei der ge-

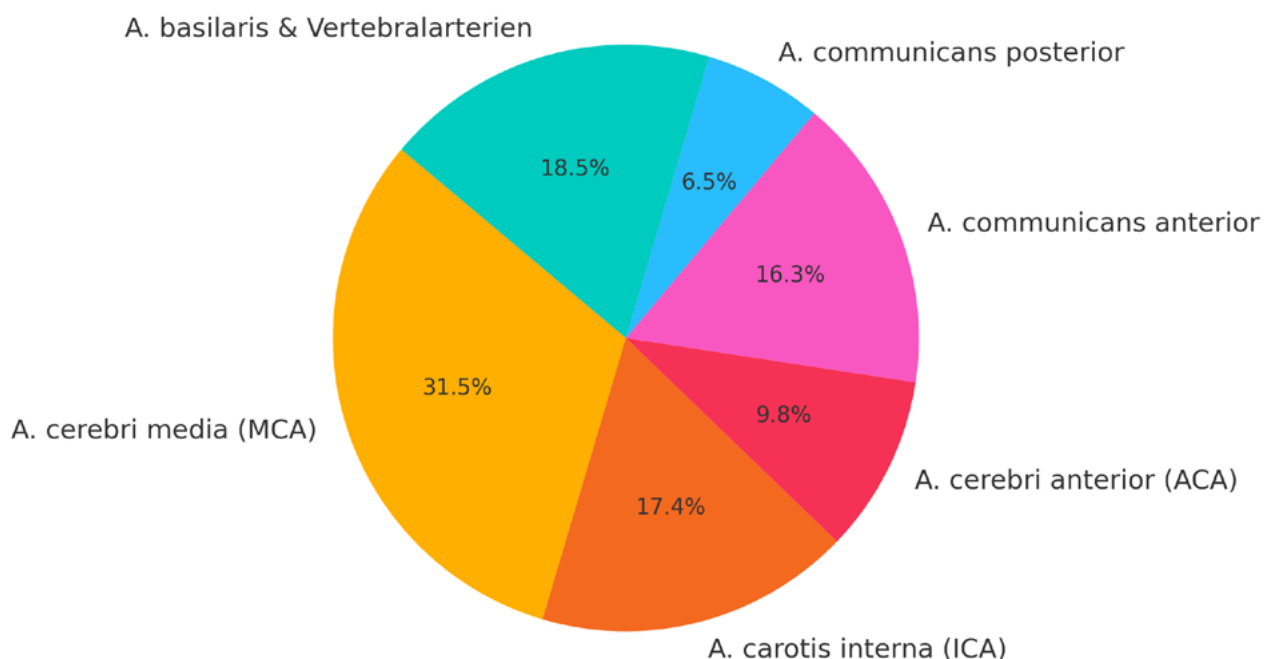
netischen, familiären Veranlagung spielt eine angeborene Bindegewebsschwäche die entscheidende Rolle.

Zu den modifizierbaren Risikofaktoren zählen das Zigarettenrauchen und der Bluthochdruck, weil beide die Gefäßwand schädigen. Das weibliche Geschlecht bzw. der Einfluss weiblicher Sexualhormone scheint jenseits des 50. Lebensjahres das Risiko für Aneurysmen zu steigern. Eine konsequente Cholesterinsenkung mit Statinen hat dagegen in epidemiologischen Studien das Risiko für eine Aneurysmablutung reduziert. Gleiches gilt für regelmäßige sportliche Aktivitäten.

## WO BEFINDEN SICH ANEURYSMEN IM GEHIRN?

Am häufigsten betroffen sind Arterien des vorderen Hirnkreislaufs, insbesondere die A. cerebri media. Aneurysmen im hinteren Hirnkreislauf sind zwar seltener, aber potenziell risikoreicher.

### Verteilung intrakranieller Aneurysmen nach Hirnarterie





## WIE SCHÄTZT MAN DAS RUPTURRISIKO EIN?

Ein Instrument zur Risikoeinstufung ist der PHASES-Score. Er bewertet das Risiko, dass innerhalb der nächsten 5 Jahre ein Aneurysma platzt, anhand von sechs Kriterien: der untersuchten Region (Europa/Nordamerika oder Asien), dem Vorliegen eines Bluthochdrucks, einem Alter von > 60 Jahren, einer Aneurysmagröße von  $\geq 7$  mm, einer Lokalisation des Aneurysmas im hinteren Kreislauf des Gehirns oder einer bereits stattgehabten Hirnblutung.

Ein Gesamtscore von 0-2 Punkten bedeutet ein sehr niedriges Risiko von < 0,5 % über 5 Jahre für eine Hirnblutung. Dann ist ein abwartendes Vorgehen angezeigt mit Kontrollen per MRT. Liegt der Score dagegen bei  $\geq 6$  Punkten, dann steigt das Risiko auf > 5 % in den nächsten 5 Jahren an. In diesem Fall wird man eher zu einem Eingriff raten.

## WELCHE BEHANDLUNGSMÖGLICHKEITEN GIBT ES?

Die Therapieentscheidung hängt vom individuellen Rupturrisiko, der Lage und Größe des Aneurysmas sowie vom Gesundheitszustand der betroffenen Person ab. Zur Ausschaltung eines Aneurysmas gibt es mehrere Verfahren:

- » **Clipping:** Dabei handelt es sich um eine offene Hirnoperation, bei der das Aneurysma mit einer Metallklammer verschlossen wird. Hierbei kommt es in 4-8 % der Fälle durch die Operation selbst zu einer Hirnblutung.
- » **Coiling:** Bei dieser Methode werden über einen Katheter, der bis nah an das Aneurysma geschoben wird, Platin-Spiralen in das Aneurysma hineingespült, die dort für eine Thrombosierung (Gerinnelbildung) und damit Verfestigung des Aneurysma sorgen sollen. Das Risiko für eine Hirnblutung liegt hier bei 2-6 %.
- » **Flow-Diverter:** Durch Implantation eines Stents wird der Blutstrom am Aneurysma vorbeigelenkt. Diese Methode wird bei großen oder breithalsigen Aneurysmen eingesetzt. Notwendig ist danach eine dauerhafte medikamentöse Blutverdünnung. Alle Methoden bergen ein relevantes Risiko für Komplikationen in sich.



Großes Hirnaneurysma (Pfeil).

## DER FALL LIERHAUS

Bei der bekannten Sportmoderatorin Monika Lierhaus wurde im Jahr 2009 vor einer Augenoperation im MRT des Schädels zufällig ein asymptomatisches Hirnaneurysma entdeckt. Das Aneurysma war offensichtlich so groß, dass ihr die Ärzte zu einer Operation rieten. Wie Lierhaus kürzlich berichtete (Quelle: BILD-Interview 30.8.2025), war es für den erfahrenen Operateur sein letzter Eingriff vor dem Ruhestand – und der ging schief. Während der Operation platzte das Aneurysma, und es kam zu einer schweren Hirnblutung. 4 Monate lang lag Monika Lierhaus im Koma und musste grundlegende Fähigkeiten wie Sprechen oder Gehen anschließend neu erlernen. Bis heute leidet sie unter neurologischen Einschränkungen.

## SOLLTE MAN GEZIELT NACH ANEURYSMEN SUCHE?

In meiner Laufbahn als Präventivmediziner wurde ich mehrfach von Radiologen angesprochen, die eine präventive MRT-Untersuchung des Schädels zur Entdeckung von Aneurysmen im Gehirn als Teil des Check-up vorschlugen.

Ich habe ein Kopf-MRT als Teil des Prevention First Check-ups stets abgelehnt – aus guten Gründen. Man würde zwar bei einer von 30-40 MRT-Untersuchungen ein Aneurysma finden, jedoch wäre dieses Aneurysma bei weniger als einem von 1000 Untersuchten so groß und gefährlich, dass es operiert werden müsste. (2, 3)

Welche Konsequenzen hätte aber die Entdeckung eines nicht operationswürdigen Aneurysmas, wenn die Menschen anschließend mit dem Gefühl herumlaufen würden, „eine tickende Zeitbombe im Kopf zu haben“? Wie viele der harmlosen Aneurysmen würden am Ende doch operiert, weil die Angst der Betroffenen zu groß wäre.

Alle Fachgesellschaften raten deshalb von einem generellen Screening ab. Eine Ausnahme stellt die familiäre Häufung von Aneurysmen und Hirnblutungen dar: In dieser Situation kann das Screening der Angehörigen tatsächlich hilfreich sein. Denn hier ist die Wahrscheinlichkeit für relevante, operationswürdige Aneurysmen deutlich erhöht.

**Fazit für Prevention First:** Nicht rupturierte Hirnaneurysmen sind mit 2-3 % in der Allgemeinbevölkerung häufig, jedoch meist harmlos. Bei einem Zufallsbefund im MRT ist die individuelle Risikoeinschätzung für das weitere Vorgehen entscheidend. Invasive Behandlungen sind sinnvoll bei hohem Rupturrisiko, bergen aber eigene Gefahren in sich. Ein allgemeines MRT-Screening ist nicht sinnvoll. Für die Prävention bleiben ggf. der Rauchstopp, die gute Einstellung eines Bluthochdrucks, eine Statin-Therapie zum Schutz der Gefäße sowie ein gesunder Lebensstil die besten Optionen. <<

Quelle:

1. Ogilvy CS, Unruptured Intracranial Aneurysms. N Engl J Med 2025;392:2357-66.  
<https://doi.org/10.1056/NEJMcp2409371>
2. Vlak MH et al., Prevalence of unruptured intracranial aneurysms, with emphasis on sex, age, comorbidity, country, and time period: a systematic review and meta-analysis. Lancet Neurol. 2011;10:626-636.  
[https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(11\)70109-0](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(11)70109-0)
3. Datta M et al., Prevalence of Intracranial Aneurysms Identified by Screening a General Population in North America: Association with Lifestyle and Medical Risk Factors. Neurology 2024; 102 (7\_supplement\_1).  
<https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000205718>

# BAHNBRECHENDE STUDIE: LOW-CARB-SHAKE ÜBERTRIFFT KLASSISCHE FORMULA-DIÄT BEI DIABETES-REMISSION

Seit Jahren wird darüber diskutiert, ob die Rückbildung eines Typ-2-Diabetes (Diabetes-Remission) nur eine Frage der Kalorienreduktion ist – oder ob die Zusammensetzung der Ernährung und hier insbesondere der Kohlenhydratanteil eine wichtigere Rolle spielt.

Eine neue Interventionsstudie der Charité-Arbeitsgruppe von Prof. Andreas Pfeiffer liefert nun klare Antworten: Das Low-Carb-Produkt HEPAFAST, ursprünglich entwickelt von Dr. Nicolai Worm, schnitt im direkten Vergleich mit dem "Klassiker" OPTIFAST deutlich besser ab. HEPAFAST führte bei 91 % der Patient:innen zu einer Diabetesremission, verglichen mit 56 % unter OPTIFAST.

Damit wurde erstmals wissenschaftlich bewiesen, dass die Kohlenhydratreduktion in einer Mahlzeitenersatztherapie über die alleinige Kalorieneinsparung hinaus die Erfolgsquote der Diabetes-Remission steigert.

## WARUM MAHLZEITENERSATZ?

Mahlzeitenersatztherapien (MRT) sind in der Diabetologie seit Jahren etabliert. Sie basieren auf der strikten Kalorienreduktion durch Formula-Diäten (Very-Low-Calorie-Diet VLCD), meist über 8–12 Wochen.

Klassische Studien wie die britische DiRECT-Studie konnten zeigen, dass damit bis zur Hälfte der Betroffenen eine Diabetesremission erreichen können. Lange wurde argumentiert, dass nicht die Zusammensetzung, sondern allein das Kaloriendefizit entscheidend sei. Doch genau das widerlegt diese neue Studie.

## DIE CHARITÉ-STUDIE: HEPAFAST VS. OPTIFAST

In der randomisierten FAIR-Studie (Fasting-induced Immune-metabolic Remission), durchgeführt an der Charité in Berlin, wurden 52 Personen mit Typ-2-Diabetes (entweder  $\leq 4$  Jahre oder  $\geq 8$  Jahre Diabetesdauer) auf eine dreimonatige VLCD gesetzt (600–800

kcal/Tag). Alle antidiabetischen Medikamente wurden abgesetzt.

Die Teilnehmenden erhielten entweder OPTIFAST (40 % KH, 30 % E, 30 % F) oder HEPAFAST (28 % KH, 44 % E, 22 % F, hoher Ballaststoffanteil).

Das Ergebnis: In der Gesamtgruppe erreichten 72 % eine Diabetesremission. Doch zwischen den Diäten zeigten sich dramatische Unterschiede: 91 % der HEPAFAST-Gruppe erreichten Remission, aber nur 56 % in der OPTIFAST-Gruppe.

Grundsätzlich war eine längere Diabetesdauer von  $>8$  Jahren mit einer geringeren Erfolgsquote assoziiert. Doch auch in dieser Gruppe war HEPAFAST deutlich erfolgreicher. Die Gewichtsabnahme war übrigens in beiden Gruppen gleich ( $\sim 15$  kg in 3 Monaten), was den Unterschied in der Diabetesremission klar auf die Kohlenhydratreduktion und den höheren Eiweiß- und Ballaststoffanteil von HEPAFAST zurückführt.

## WARUM IST LOW-CARB ÜBERLEGEN?

Diese neuen Daten zeigen überzeugend, dass nicht nur das Kaloriendefizit zählt, sondern die Qualität der Makronährstoffe:

- » Weniger Kohlenhydrate führen zu niedrigeren Insulinspiegeln, einer Abnahme des Leberfettgehalts und einer besseren Insulinwirkung.
- » Mehr Eiweiß bewirkt eine stärkere und länger anhaltende Sättigung und fördert den Erhalt der Muskelmasse.
- » Mehr Ballaststoffe bewirken eine günstigere Darmhormonantwort (GLP-1, PYY).

Damit wird die zentrale Hypothese meines Buches „Diabetes – zurück auf Null“ bestätigt: Die Low-Carb-Ernährung bricht den Teufelskreis von Insulinresistenz und Leberverfettung auf – und wirkt damit kausal gegen die Krankheit.





## VERGLEICH ZU BISHERIGEN STUDIEN

Die britische DiRECT-Studie (2018) hatte mit einer kalorienreduzierten, aber nicht Low-Carb-basierten Formula-Diät nach einem Jahr 46 % Remission erzielt. Nach zwei Jahren waren es noch 36 %. Im Vergleich dazu sind die nun berichteten 91 % Remission mit HEPAFAST ein Quantensprung. Damit wird klar: Low-Carb ist nicht nur eine alternative, sondern die überlegene Form der Ernährungsintervention bei Typ-2-Diabetes.

Für Patient:innen mit Typ-2-Diabetes – insbesondere in den Clustern 3 und 4 (mit ausgeprägter Insulinresistenz) – stellt die Kombination aus initialem Mahlzeitenersatz und anschließender Low-Carb-Erhaltungsernährung die beste Option dar.

Der Beginn kann mit HEPAFAST (wird mit fettarmer Milch angerührt) oder mit dem von mir bevorzugten KETOFAST (nur 5% Kohlenhydratanteil, wird mit Wasser angerührt) er-

folgen. Innerhalb von zwei Wochen wird man damit mindestens ein Drittel des Leberfettgehaltes abbauen, die Insulinresistenz brechen und eine Remission einleiten. Entscheidend ist, dass danach eine strikte Kohlenhydratreduktion im Sinne der mediterranen Low-Carb-Pyramide beibehalten wird, um den Erfolg zu sichern.

**Fazit für Prevention First:** Die neue Charité-Studie ist ein Meilenstein in der Ernährungsmedizin: Erstmals konnte in einer randomisierten Studie gezeigt werden, dass eine Low-Carb-Mahlzeitenersatztherapie (HEPAFAST) einer konventionellen Formula-Diät (OPTIFAST) klar überlegen ist. Die Botschaft ist eindeutig: Low-Carb wirkt nicht nur besser auf Gewicht und Stoffwechsel, sondern ermöglicht in mehr als 9 von 10 Fällen eine Diabetes-Remission. Für Prevention First bedeutet das: Mahlzeitenersatz ja – aber nur in der Low-Carb-Variante! <<

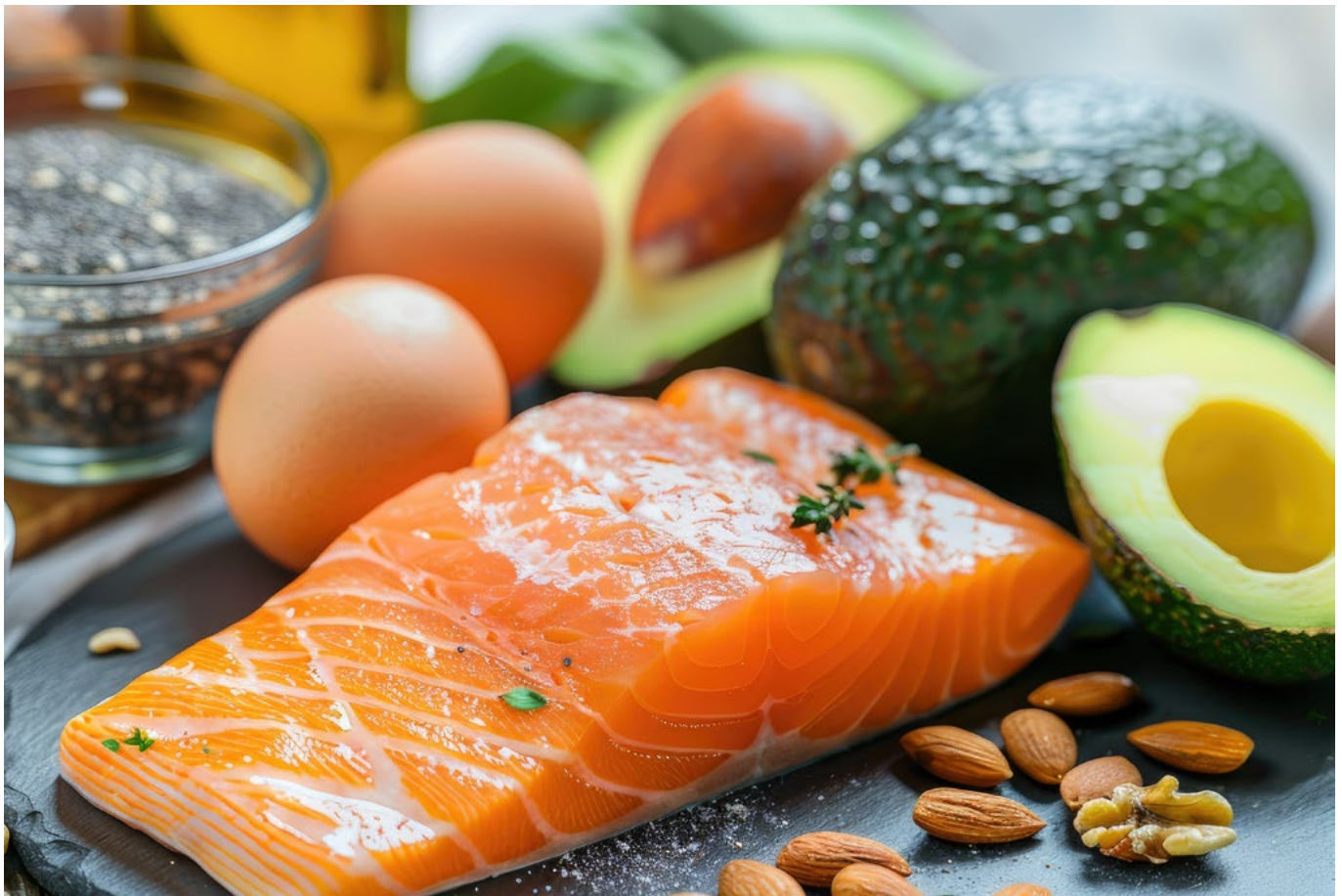
**Wichtiger Hinweis:** Weder Dr. Scholl noch Prevention First haben in Bezug auf die genannten Produkte einen Interessenskonflikt.

### Literatur

Schuppelius B, Lalama E, Zhang J, et al. Remission of type 2 diabetes can be achieved in short and long-lasting type 2 diabetes: results of a randomized controlled trial in individuals with overweight and obesity. medRxiv 2025. doi:10.1101/2025.06.10.25329355

Lean MEJ et al. Primary care-led weight management for remission of type 2 diabetes (DiRECT). Lancet 2018;391:541-551.

Scholl J, „Diabetes – zurück auf Null.“ Trias Verlag 2023.



Nach der Leberentfettung mit den Low-Carb-Shakes muss es unbedingt Low-Carb weitergehen!

# ABZOCKE MIT MIKROBIOMANALYSEN UND IgG-NAHRUNGSMITTELTESTS

Immer wieder kommt es vor, dass Teilnehmende am Prevention First-Check-up stapelweise Laborbefunde mitbringen, die eine gestörte Zusammensetzung ihrer Darmflora bzw. aus Bluttest ermittelte, angebliche Allergien gegen Lebensmittel zeigen sollen.

Mikrobiomanalysen aus dem Stuhl bzw. IgG-basierte Tests auf Lebensmittel-Allergien aus dem Blut werden von „einschlägigen“ Laborunternehmen geschickt über Heilpraktiker und Ärzte, teilweise sogar direkt OTC („over the counter“) vermarktet.

Sie suggerieren, individuelle Ursachen für Beschwerden oder Unverträglichkeiten aufzudecken und eine personalisierte Ernährungstherapie zu ermöglichen. Die Kosten dieser Tests sind erheblich, ihre wissenschaftliche Basis dagegen äußerst zweifelhaft.

## MIKROBIOMANALYSEN IM STUHL – WAS KANN MAN DARAUS ABLEITEN?

### 1.1 Biologische Grundlagen und aktuelle Konzepte

Das intestinale Mikrobiom – die Gesamtheit der Mikroorganismen im Darm – spielt eine wichtige Rolle für Verdauung, Immunregulation, Stoffwechsel und Barrierefunktion. In Beobachtungsstudien wurde gezeigt, dass die bakterielle Zusammensetzung im Darm bei zahlreichen Erkrankungen verändert ist – etwa bei Reizdarmsyndrom, Adipositas, Typ-2-Diabetes, Lebererkrankungen oder Depressionen.

Diese Zusammenhänge sind jedoch assoziativ. Man darf daraus keine Kausalität ableiten. Denn ob ein bestimmtes Bakterium eine Erkrankung verursacht oder seine Vermehrung im Darm eine Folge der Erkrankung darstellt, ist in den meisten Fällen unklar. Eine systematische Übersichtsarbeit fasst zusammen, dass methodische Unterschiede, kleine Stichproben und fehlende Replikationen die Aussagekraft klinischer Mikrobiomstudien stark einschränken.

Es existieren derzeit keine wissenschaftlich anerkannten Referenzbereiche für ein „gesundes“ Mikrobiom. Interindividuelle Unterschiede zwischen Gesunden sind meist größer als Unterschiede zwischen Gesunden und Kranken. Daher lässt sich aus einer Stuhlprobe keine diagnostisch verwertbare Aussage ableiten.

### 1.2 Methodische Schwächen und Variabilität

Das Ergebnis einer Mikrobiomanalyse hängt von zahlreichen Faktoren ab: Art und Zeitpunkt der Probennahme, die Frage in welcher Phase ihres Zyklus sich eine Frau befindet, darüber hinaus auch die Lagerung, der Transport oder die gewählte DNA-Extraktionsmethode bzw. Sequenzierungsplattform können das Ergebnis beeinflussen. Und selbst bei identischen Proben wurden in Vergleichsstudien deutliche Unterschiede zwischen Laboren gefunden.

Eine Untersuchung zeigte, dass Lagerungsbedingungen und Extraktionsmethoden die Mikrobiomprofile stärker verändern als biologische Faktoren. In einer Metaanalyse fand man heraus, dass unterschiedliche bioinformatische Auswertungsverfahren zu völlig verschiedenen Resultaten führen können.

Diese methodische Unsicherheit verhindert, dass Mikrobiomanalysen für individuelle Diagnosen verwendet werden können. Aussagen wie „Ihre Darmflora ist gestört“ oder „Sie haben zu wenig Lactobacillus“ sind wissenschaftlich nicht haltbar.

### 1.3 Das Konzept des „Leaky Gut“

Der Begriff „Leaky Gut“ beschreibt eine erhöhte Durchlässigkeit der Darmschleimhaut infolge gestörter Tight Junctions, einer Art Druckknopf-Verbindungen zwischen Zellen. In den Laboren wird häufig Zonulin im Stuhl als Marker für eine vermehrte Darmdurchlässigkeit bestimmt. Dieser Test ist jedoch nicht validiert.

Das Zonulin-Protein ist ein Vorläufer des Haptoglobins 2. Kommerzielle ELISA-Tests auf Zonulin reagieren allerdings unspezifisch auf mehrere Proteine, die mit der echten Barrierefunktion des Darms kaum korrelieren. In einer Studie konnte man zeigen, dass der am häufigsten genutzte kommerzielle ELISA-Test auf Zonulin ein ganz anderes Eiweiß, nämlich Properdin, misst, das nichts mit einem „Leaky Gut“ zu tun hat.



### 1.4 Therapeutische Konsequenzen

Aus Mikrobiom- oder Zonulinanalysen lassen sich keine individuellen Therapieempfehlungen ableiten. Sinnvolle Maßnahmen zur Förderung eines gesunden intestinalen Milieus sind ohnehin unabhängig von solchen Tests:

- » Ballaststoffreiche, pflanzenbetonte Ernährung
- » Der Verzehr von Joghurt und anderer fermentierter Lebensmittel
- » Die Vermeidung von Zucker und Süßigkeiten
- » Sehr wichtig: Die Vermeidung unnötiger Antibiotikagaben
- » Außerdem: Regelmäßige Bewegung und Stressreduktion

Der Nutzen von Probiotika ist auf wenige Indikationen begrenzt, beispielsweise zur Prävention rezidivierender Clostridium difficile-Infektionen. Für chronisch-entzündliche Darmerkrankungen, Reizdarm, Adipositas oder psychische Störungen liegen bislang keine belastbaren Daten für den Nutzen der zur besten Fernsehzeit beworben werden Probiotika vor.



## 1.5 Gesicherte Anwendungsgebiete

Die einzige derzeit klinisch etablierte Mikrobiom-Intervention ist die fäkale Mikrobiota-Transplantation (FMT) bei rezidivierender *C. difficile*-Infektion. Randomisierte Studien zeigen deutlich bessere Heilungsraten als Standardtherapien.

Für andere Indikationen – etwa chronisch-entzündliche Darmerkrankungen, Adipositas, Insulinresistenz oder Depressionen – befinden sich Studien noch in der experimentellen Phase. Reviews sehen hier zwar theoretisches Potenzial, betonen aber die fehlende Reproduzierbarkeit der bisherigen Befunde.

## IgG-BASIERTE NAHRUNGSMITTELTESTS FÜHREN IN DIE IRRE

### Immunologische Grundlagen

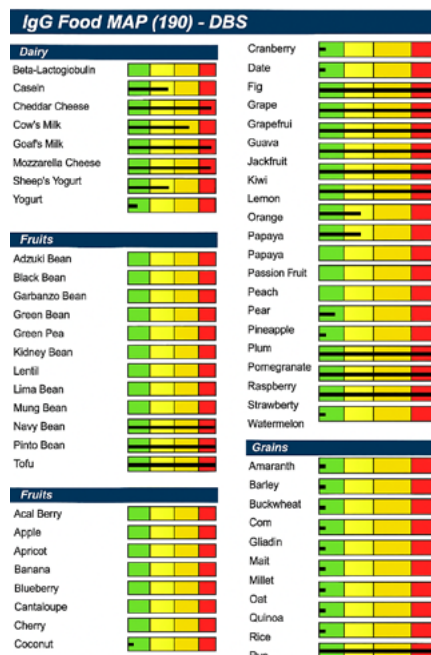
Während IgE-Antikörper an klassischen Allergien beteiligt sind, spiegeln IgG-Antikörper lediglich wider, dass unser Immunsystem regelmäßig mit bestimmten Lebensmitteln in Kontakt kommt. IgG-, insbesondere IgG4-Antikörper, sind Ausdruck einer normalen immunologischen Toleranzentwicklung, nicht eines krankhaften Prozesses oder einer Allergie.

Bei oraler Immuntherapie (OIT) für Nahrungsmittelallergien steigt der IgG4-Spiegel typischerweise an – parallel zur Verbesserung (!) der Verträglichkeit.

Ein hoher IgG-Titer bedeutet also eher Gewöhnung als Unverträglichkeit.

### Evidenzlage und Leitlinienempfehlungen

Zahlreiche Reviews und Fachgesellschaften bewerten IgG-Tests als nicht geeignet zur Diagnostik von Nahrungsmittelallergien oder -unverträglichkeiten. Die Deutsche Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie (DGAKI) sowie die European Academy of Allergy and Clinical Immunology (EAACI) raten explizit davon ab, spezifische IgG- oder IgG4-Bestimmungen zur Abklärung von Nahrungsmittelreaktionen einzusetzen.



Solche IgG-Tests auf vermeintliche Lebensmittel-Allergien taugen nichts für die Ernährungsberatung.

### Risiken durch Fehlinterpretation

Die praktische Folge solcher Tests sind häufig sogenannte Eliminationsdiäten. Viele Patient:innen meiden Dutzende Lebensmittel, was zu Nährstoffmangel, sozialer Einschränkung und Angst vor Nahrungsmitteln führen kann. In einer Untersuchung aus Kanada gaben 60 % der getesteten Personen an, mehr als 20 Lebensmittel dauerhaft zu vermeiden – ohne dass sich klinische Beschwerden gebessert hätten.

Solche Diäten können nicht nur zu Mangelernährung führen, sondern auch das Essverhalten nachhaltig stören. Eine strukturierte

Eliminations- und Provokationsdiät unter ärztlicher Kontrolle bleibt der einzige valide Weg, echte Unverträglichkeiten zu identifizieren.

### Beliebt aber untauglich – Nutzen nur für den Anbieter

Warum sind diese Tests trotz schwacher Evidenz so beliebt? Zum einen bedienen sie das Bedürfnis vieler Menschen nach Individualisierung und Kontrolle. Zum anderen erzeugt die geschickte Werbung für diese Tests durch scheinbar präzise Laborbefunde ein Gefühl wissenschaftlicher Objektivität – auch wenn diese inhaltlich nicht gegeben ist. Genau genommen sind diese IgG-Tests auf Lebensmittelunverträglichkeiten nicht mehr als eine das Unwissen der Verbraucher:innen ausnutzende Geschäftemacherei.

**Fazit für Prevention:** Mikrobiomanalysen und IgG-Nahrungsmitteltests wirken wissenschaftlich plausibel, sind aber klinisch nicht ausreichend validiert und häufig irreführend. Die Forschung zum Mikrobiom liefert zwar spannende Erkenntnisse, aber bisher von wenigen Ausnahmen abgesehen noch keine verlässlichen Diagnose- oder Therapieinstrumente. IgG-Tests können nicht die individuelle Unverträglichkeit gegenüber einem Lebensmittel diagnostizieren. Sie messen vielmehr nur den Kontakt des Immunsystems mit diesem Lebensmittel und seine Wiedererkennung. Für die Präventivmedizin gilt: Weder Mikrobiomanalysen noch IgG-Nahrungsmitteltests sollten als Entscheidungsgrundlage in der Therapie von Erkrankungen oder für die Ernährungsberatung verwendet werden. <<

### Literatur:

- Lynch SV, Pedersen O. The Human Intestinal Microbiome in Health and Disease. *N Engl J Med*. 2016;375:2369-2379. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1600266>
- Valdes AM et al. Role of the gut microbiota in nutrition and health. *BMJ*. 2018;361:k2179. <https://doi.org/10.1136/bmj.k2179>
- Nearing JT et al. Microbiome differential abundance methods produce different results across datasets. *Nat Commun*. 2022;13:342. <https://doi.org/10.1038/s41467-022-28034-z>
- Sturgeon C, Fasano A. Zonulin, a regulator of epithelial and endothelial barrier functions. *Ann N Y Acad Sci*. 2016;1397:62-67. <https://doi.org/10.1080/21688370.2016.1251384>
- Scheffler L et al. Widely Used Commercial ELISA Does Not Detect Precursor of Haptoglobin2, but Recognizes Properdin as a Potential Second Member of the Zonulin Family. *Front Endocrinol* 2018; 9: 22. <https://doi.org/10.3389/fendo.2018.00022>
- Shi LL et al., Role of IgG4 Antibodies in Human Health and Disease. *Cells*. 2025; 14(9): 639. <https://doi.org/10.3390/cells14090639>
- Stapel SO et al., Testing for IgG4 against foods is not recommended as a diagnostic tool: EAACI Task Force Report. *Allergy* 2008; 63(7): 793-6. <https://doi.org/10.1111/j.1398-9995.2008.01705>

# KREATINMONOPHOSPHAT IM SPITZEN- UND BREITENSport



Die Einnahme von Kreatin ist unter ambitionierten Sportlern weit verbreitet. Da wir im Rahmen der Check-ups immer wieder einmal danach gefragt werden, habe ich (mit Hilfe der App CONSENSUS in ChatGPT5 Pro) einmal die dazu verfügbare wissenschaftliche Literatur durchsucht und eine Übersicht für Sie erstellt.

## WAS IST KREATIN? WELCHE FUNKTION HAT ES IM KÖRPER?

Kreatin ist eine stickstoffhaltige Verbindung, die in Leber, Niere und Bauchspeicheldrüse aus den Aminosäuren Glycin, Arginin und Methionin gebildet wird. Im menschlichen Körper wird es hauptsächlich in der Skelettmuskulatur (etwa 95 %) gespeichert – in Form von freiem Kreatin und Kreatinphosphat (Phosphokreatin, PCr). Die primäre physiologische Funktion von Phosphokreatin besteht in der schnellen Regeneration von Adenosintriphosphat (ATP), der zentralen Energiequelle für muskuläre Kontraktionen, insbesondere bei kurzzeitiger, intensiver Belastung wie einem Sprint.

## WO BEKOMMEN WIR KREATIN HER? WIE VIEL BRAUCHT DER MENSCH?

Ein gesunder Erwachsener benötigt täglich etwa 2–4 g Kreatin, abhängig von Muskelmasse, körperlicher Aktivität und Ernährungsweise. Etwa die Hälfte davon wird endogen synthetisiert, die andere Hälfte stammt aus tierischen Lebensmitteln wie Fleisch und Fisch (1–2 g Kreatin pro 450 g) oder über Nahrungsergänzungsmittel.

Der individuelle Bedarf kann je nach Körpergewicht und Aktivitätsniveau variieren. Sportler mit hohem Muskelanteil oder intensiver körperlicher Aktivität benötigen tendenziell mehr Kreatin.

Die gängige Supplementierungsempfehlung lautet:

- » Ladephase: ca. 20 g/Tag (4 × 5 g) für 5–7 Tage oder 0,3 g/kg Körpergewicht.
  - » Erhaltungsphase: 3–5 g/Tag oder 0,03 g/kg KG.
- Eine Ladephase beschleunigt die Sättigung der muskulären Speicher, ist jedoch nicht zwingend erforderlich.

## KRAFTSPORT

Zahlreiche Studien belegen die Wirksamkeit von Kreatin bei der Steigerung von Muskelkraft, Muskelmasse und Trainingsvolumen im Kraftsport:

- » Kreider et al. (1998) zeigten bei Footballspielern nach 28 Tagen Kreatineinnahme signifikante Zunahmen in fettfreier Masse und Trainingsvolumen.
- » Antonio et al. (2000) beobachteten bei Bodybuildern größere Zuwächse an fettfreier Masse und Bankdrückleistung nach 5 Wochen Kreatinsupplementierung.
- » In einer Metaanalyse (Rawson et al.) zeigten 22 Studien einen durchschnittlich 8 % höheren Kraftzuwachs durch Kreatin im Vergleich zu Placebo.

Fazit: Kreatin steigert die Kraftleistung deutlich und verbessert die muskulären Anpassungen an das Training.

## SCHNELLKRAFTSPORTARTEN

Schnellkraftspezifische Leistungen wie Sprint, Sprung oder Gewichtheben profitieren ebenfalls nachweislich:

» Law et al. (2016) dokumentierten nach 5 Tagen Kreatinsupplementierung signifikante Verbesserungen in Sprint- und Kniebeugenleistung.

» In einer Studie mit Wrestlern zeigte sich ein Anstieg der anaeroben Leistung im Wingate-Test (Spitzen- und Durchschnittsleistung).

Fazit: Kurzzeitige, intensive Leistungsformen können durch Kreatin verbessert werden, wenn sie mit wiederholten Belastungen oder hoher anaerober Komponente einhergehen.

## AUSDAUERSPORTARTEN

Die Datenlage zur Wirksamkeit in Ausdauersportarten ist uneinheitlich:

» Finn et al. (2001) und andere Studien zeigten keine signifikanten Verbesserungen bei wiederholten Radsprints.

» Kreatin führte gelegentlich zu Wassereinlagerungen und Gewichtszunahme, was die Performance in Ausdauersportarten sogar verschlechtern kann.

» Andererseits gibt es Hinweise, dass Kreatin bei Intervalltraining oder Sportarten mit Richtungswechseln (z. B. Fußball, Basketball, Tennis) durch schnellere ATP-Regeneration unterstützend wirken kann.

Fazit: Für reine Ausdauerleistungen besteht kein eindeutiger Nutzen. In sportartspezifischen Settings mit wiederholten Hochintensitätsphasen kann ein positiver Effekt vorliegen.

## SICHERHEIT UND NEBENWIRKUNGEN

In einer groß angelegten Analyse von 685 Studien mit über 12.000 Probanden wurde kein erhöhtes Risiko für Nebenwirkungen durch Kreatinsupplementierung im Vergleich zu Placebo gefunden. Leichte Beschwerden wie Magen-Darm-Probleme oder Muskelkrämpfe traten zwar häufiger als bei Placebo auf, jedoch insgesamt selten (< 1 %).

Die US-amerikanische Lebensmittelaufsicht (FDA) stuft Kreatinmonohydrat als „Generally Recognized as Safe“ (GRAS) ein. Auch internationale Sportverbände und medizinische Fachgesellschaften unterstützen seine Anwendung.

**Fazit für Prevention First:** Für ambitionierte Freizeitsportler im Kraft- oder Schnellkraftbereich (z. B. Fitnessstudio, Bodybuilding, Crossfit) bietet Kreatinmonohydrat eine der am besten erforschten und wirksamsten Nahrungsergänzungen. Es verbessert Kraft, Trainingsvolumen und langfristig die muskuläre Anpassung. Die Sicherheit und Verträglichkeit sind gut.

Wer jedoch ausschließlich Ausdauersport betreibt oder großen Wert auf ein geringes Körpergewicht legt, profitiert möglicherweise weniger – oder könnte sogar durch die mit der Kreatineinnahme verbundene Wassereinlagerung Nachteile erleiden.

Hobbysportler mit Fokus auf Muskel- oder Kraftzuwachs können jedoch von Kreatin klar profitieren – vorausgesetzt, sie setzen es richtig ein (Dosierung, Dauer) und kombinieren es mit strukturiertem Training. <<



### Literatur:

1. Wax B, Kerksick CM, Jagim AR, et al. Creatine for Exercise and Sports Performance, with Recovery Considerations for Healthy Populations. *Nutrients*. 2021;13(6):1915. <https://doi.org/10.3390/nu13061915>
2. Kreider RB, Gonzalez DE, Hines K, Gil A, Bonilla DA. Safety of creatine supplementation: analysis of the prevalence of reported side effects in clinical trials and adverse event reports. *J Int Soc Sports Nutr*. 2025;22(S1):2488937. <https://doi.org/10.1080/15502783.2025.2488937>
3. Law YL, Ong WS, Gillian YH, Lim SC, Von Chia E. Effects of two and five days of creatine loading on muscular strength and anaerobic power in trained athletes. *J Strength Cond Res*. 2009;23(3):906–14. <https://doi.org/10.1519/JSC.0b013e3181a06c59>
4. Antonio J, Ciccone V. The effects of pre versus post workout supplementation of creatine monohydrate on body composition and strength. *J Int Soc Sports Nutr*. 2013;10:36. <https://doi.org/10.1186/1550-2783-10-36>
5. Volek JS, Ratamess NA, Rubin MR, et al. The effects of creatine supplementation on muscular performance and body composition responses to short-term resistance training overreaching. *Eur J Appl Physiol*. 2004;91(5–6):628–37. <https://doi.org/10.1007/s00421-003-1031-z>
6. Kreider RB, Ferreira M, Wilson M, et al. Effects of creatine supplementation on body composition, strength, and sprint performance. *Med Sci Sports Exerc*. 1998;30(1):73–82. <https://doi.org/10.1097/00005768-199801000-00011>
7. Finn JP, Banister EW. Creatine supplementation and repeated sprint performance in males and females. *Int J Sport Nutr Exerc Metab*. 2001;11(3):272–86. <https://doi.org/10.1123/ijsnem.11.3.272>
8. Chrusch MJ, Chilibeck PD, Chad KE, Davison KS, Burke DG. Creatine supplementation combined with resistance training in older men. *Med Sci Sports Exerc*. 2001;33(12):2111–7. <https://doi.org/10.1097/00005768-200112000-00021>
9. Vandenbergh K, Goris M, Van Hecke P, Van Leemputte M, Vangerven L, Hespel P. Long-term creatine intake is beneficial to muscle performance during resistance training. *J Appl Physiol* (1985). 1997;83(6):2055–63. <https://doi.org/10.1152/jappl.1997.83.6.2055>



## Prevention First Rezeptidee:

# HÄHNCHENOBBERKEULEN MIT PASTINAKENMUS

Mengenangaben für 2 Personen:

### ZUTATEN

2 Hähnchenoberschenkel (Bioqualität)  
 Saft von einer halben Zitrone  
 2 EL Olivenöl  
 4 EL Rapsöl  
 1 Zwiebel  
 500 g Pastinaken  
 Salz  
 Pfeffer  
 Paprika edelsüß  
 Muskat gemahlen  
 Kleiner Bund Petersilie  
 30 g Butter



Olivenöl, Zitronensaft und Salz verrühren.

Hähnchenkeulen vor der Zubereitung unter dem Wasserhahn abspülen, danach trocken tupfen in eine Schüssel geben und mindestens 2 h mit der Olivenöl-Zitronensaft Mischung marinieren. Danach gut mit Pfeffer, Paprikapulver und etwas Muskat würzen.

2 EL Rapsöl und die marinierten und gewürzten Hähnchenkeulen in eine flache Auflaufform geben und im vorgeheizten Backofen (200° Umluft) 40 min braten.

Zwiebel schälen, würfeln und in einem Topf in den verbliebenen 2 EL Rapsöl rösten. Pastinaken schälen und grob würfeln. Eine dünne Pastinake quer in Scheiben schneiden und beiseitelegen.

Die Pastinakenwürfel zu den Zwiebeln geben und kurz anbraten, dann 200 ml heißes Wasser zugeben, mit Salz, Pfeffer und Muskat abschmecken und alles ca. 25 min bei geringer Hitze köcheln lassen, bis die Pastinaken weich sind. Dann Butter zugeben und mit dem Mixer alles zu einem Mus verarbeiten. Gegebenenfalls nochmals abschmecken.

Die Pastinakenscheiben auf einem Backblech ca. 15 min im Ofen rösten, bis sie weich sind.

Petersilie abbrausen und klein hacken.

Hähnchenkeulen auf einem Teller anrichten, Pastinakenmus zugeben und mit den Pastinakenchips und der Petersilie garnieren. <<



## Unser Buchtipp

# ADAM AYAITA: DAUERHAFT GESUND UND GUT LEBEN MIT TYP-1-DIABETES

Praktische Hinweise für ein fortgeschrittenes Management (BoD – Books on Demand, 2025)

## TYP 1-DIABETES

In Deutschland leben schätzungsweise über 350 000 Menschen mit Typ-1-Diabetes, davon rund 30 000 Kinder und Jugendliche; jährlich treten etwa 3 000–4 000 Neuerkrankungen auf, mit steigender Tendenz.

Der Typ-1-Diabetes ist eine Autoimmunerkrankung, bei der sich das körpereigene Abwehrsystem versehentlich gegen die insulinproduzierenden Betazellen der Bauchspeicheldrüse richtet. Diese werden nach und nach zerstört, sodass als Folge ein absoluter Insulinmangel auftritt. Im Umkehrschluss bedeutet das, dass ein Mensch mit Typ 1-Diabetes Insulin von außen zuführen muss.

Mit der Entdeckung des Insulins durch die kanadischen Wissenschaftler Frederick Banting und Charles Best im Jahr 1921 wurde es erstmals möglich, den Typ 1-Diabetes zu behandeln, anfangs mit aus den Bauchspeicheldrüsen von Rindern und Schweinen hergestelltem Insulin, seit 1978 auf Basis von gentechnisch veränderten Bakterien als humanes Insulin.

Moderne Therapiekonzepte kombinieren intensiviertere Insulintherapie, kontinuierliches Glukosemonitoring (CGM) und zunehmend automatisierte Insulinpumpensysteme. Ziel ist heute nicht nur die Senkung des HbA<sub>1c</sub>, sondern vor allem eine hohe Zeit im Zielbereich (Time in Range) bei möglichst geringen Blutzuckerausschlägen sowohl nach oben als auch nach unten.

## SOMMERAKADEMIE IN SÜDTIROL

Ich erinnere mich noch gut an die Sommerakademie der Studienstiftung des Deutschen Volkes im Jahr 2014 in St. Johann im Ahrntal (Südtirol), wo ich gemeinsam mit Dr. Michael Schneider von Boehringer Ingelheim, eine Arbeitsgruppe zum Thema „Gesundheitsförderung und Prävention“ leitete.

Unter den Teilnehmenden befand sich ein junger Philosophiestudent namens Adam Ayaita, der anders als die meisten in der Gruppe kein Mediziner war. Er interessierte sich jedoch aufgrund seiner eigenen Vorgeschichte sehr für die Themen Gesundheitsförderung und Prävention, denn im Alter von 6 Jahren war Adam an Typ 1-Diabetes erkrankt.

Mir fiel damals auf, mit welch außergewöhnlichem analytischen Scharfsinn er sich in neue medizinische Themen einarbeitete, gerade auch zu Fragen der Ernährung bei Diabetes Typ 1.

Mit „Dauerhaft gesund und gut leben mit Typ-1-Diabetes“ legt der mittlerweile als Wirtschaftswissenschaftler und Wirtschaftsinformatiker promovierte Autor Dr. Adam Ayaita nun ein Buch vor, das sich ausdrücklich an überdurchschnittlich motivierte Menschen mit Typ 1-Diabetes richtet, die bereits grundlegende Kenntnisse und Erfahrungen in der Therapie haben.

Ziel ist die Optimierung des Typ 1-Diabetes auf fortgeschrittenem Niveau: die Reduktion von Hyper- und Hypoglykämien, also zu hohen oder gefährlich niedrigen Blutzuckerwerten, die Steigerung der Glukosestabilität („time in range“) und eine dauerhaft verbesserte Stoffwechselbalance.

Im Zentrum stehen drei große Themenblöcke:

1. Feinsteuerung der Insulintherapie – Anpassung von Basal- und Bolusinsulin, Beeinflussung durch Tagesrhythmus, Stress, Bewegung und hormonelle Faktoren.
2. Datenbasiertes Selbstmanagement – Auswertung von CGM-Kurven, Erkennen typischer Muster und kontinuierliche, reflektierte Therapieanpassung.
3. Ernährung und Stoffwechselökonomie – Ayaita beschreibt, wie eine moderat kohlenhydratreduzierte Ernährung helfen kann, den Insulinbedarf zu senken und Blutzuckerschwankungen zu verringern, ohne in extreme Diätformen zu verfallen.

**Fazit für Prevention First:** Dauerhaft gesund und gut leben mit Typ-1-Diabetes ist ein fachlich hochkompetenter, praxisorientierter Leitfaden für fortgeschrittene Anwender mit Typ 1-Diabetes, die ihren Stoffwechsel noch präziser verstehen und steuern wollen. Adam Ayaita verbindet persönliches Erfahrungswissen mit analytischer Klarheit und liefert einen wertvollen Beitrag zur Behandlung des Typ 1-Diabetes: wissenschaftlich informiert, methodisch strukturiert und frei von Dogmatismus. Für Typ 1-Diabetikerinnen und Diabetiker, die ihr Management professionalisieren möchten, und für Diabetesberater:innen, die neue didaktische Ansätze suchen, ist dieses Buch eine klare Leseempfehlung. <<



Dr. Adam Ayaita: Dauerhaft gesund und gut leben mit Typ-1-Diabetes  
Praktische Hinweise für ein fortgeschrittenes Management  
(BoD – Books on Demand, 2025)  
<https://buchshop.bod.de/dauerhaft-gesund-und-gut-leben-mit-typ-1-diabetes-adam-ayaita-9783819298707>

# WEISSBURGUNDER AUS SÜDTIROLER WINZERGENOSSENSCHAFTEN

Für mich ist Südtirol wegen seiner tollen Landschaft, Gastronomie und Weine eine der liebsten Urlaubsregionen. Zwar werden die Berge zunehmend steiler (oder ich älter...), aber man kann sich ja ein bisschen Unterstützung auf dem E-Gravel-Bike gönnen. Beispielsweise auf dem Weg aus dem Passeiertal hinauf zum Jauffenpass oder aus dem Etschtal durchs Schnalstal bei bis zu 14% Steigung hinauf zum Entdeckungsort von Ötzi.

Nach solchen Touren hat man sich ein paar Extra-Kalorien verdient, und dann schmeckt das abendliche Menü umso besser. Die Weinkarten in Südtirol sind in der Regel sehr umfangreich mit dem Schwerpunkt auf der eigenen Region und haben ein exzellentes Preis-Leistungs-Verhältnis, das man leider in deutschen Großstädten vergeblich sucht. Die Rebsorte Weißburgunder ist dabei in der Regel mit etlichen Weingütern vertreten, was den Vergleich spannend macht.



Blick hinauf ins Etschtal



## PINOT BLANC – DIE ELEGANTE BURGUNDER-VARIANTE

Der Weißburgunder, international auch Pinot Blanc genannt, stammt aus der großen Burgunderfamilie und ist eine Mutation des Pinot Noir.

Der Weißburgunder gehört zu den feineren Weißweinsorten und tritt weniger üppig auf als der Chardonnay, dafür subtiler in Frucht und Textur. Typisch sind Aromen von Birne, Apfel und Zitrus, manchmal begleitet von Mandeln oder Haselnüssen, vor allem wenn der Wein etwas Zeit auf der Feinhefe oder im Holzfass verbracht hat. Verglichen mit dem Weißburgunder sind Chardonnays oft voluminöser, Rieslinge säurehaltiger und Sauvignon Blancs aromatisch deutlich expressiver.

Der Weißburgunder imponiert eher "unaufgeregt", aber durchaus mit Finesse. Manche Kenner meinen, wenn man einen Wein zum Essen suche, der "nicht aneckt", dann könne man immer einen Weißburgunder auswählen. Da ist schon etwas dran, allerdings gibt es auch bei dieser Rebsorte echte Spitzenweine, die es zu entdecken lohnt.

## WEISSBURGUNDER IN SÜDTIROL

In Südtirol findet der Weißburgunder ideale Bedingungen. Die Weinberge liegen zwischen 300 und 800 Metern Höhe, wo warme Sonnentage und kühle Nächte für eine langsame und gleichmäßige Reifung und einen hohen Polyphenolgehalt der Trauben sorgen.

Die geologische Vielfalt der Böden ist in Südtirol besonders ausgeprägt. Innerhalb von nur wenigen 100 Metern kann sich in Südtirols Weinbergen die Zusammensetzung der Böden verändern: Vulkanischer Porphyry rund um Bozen, verwitterte Urgesteinsböden mit Quarz, Schiefer und Glimmer im Eisacktal und im Vinschgau, bis hin zu Kalk- und Dolomitgestein im Süden von Südtirol. In Verbindung mit dem alpinen Klima macht dies Südtirol zu einer der besten Weißweinregionen Italiens. Der Weißburgunder kann dort sein Potential besonders gut ausschöpfen.



## GENOSSENSCHAFTEN ALS ERFOLGSMODELL

Dass Südtirol heute für Weißburgunder steht, liegt auch an der Geschichte seiner Winzergenossenschaften. Die Kellereien in Andrian und Terlan wurden zeitgleich 1893 gegründet und gehören zu den ältesten Genossenschaften des Landes. Sie haben früh erkannt, dass man durch gemeinschaftliche Investitionen und eine einheitliche Qualitätsphilosophie stärker ist als allein. Die Genossenschaften bündeln Trauben vieler kleiner Winzer und können so gezielt Lagen auswählen, modernste Kellertechnik einsetzen und gleichzeitig das Terroir der Region in ihren Weinen bewahren.

Während in Deutschland viele Genossenschaften an Mitgliederschwund und Preisverfall leiden, profitieren die Südtiroler Genossenschaften von einem anderen Umfeld. Tourismus und Gastronomie sorgen für eine stetige Nachfrage, die Nähe von Anbau und Vermarktung ermöglicht kurze Wege, und der Qualitätsanspruch ist hoch. So gelang es, die Genossenschaften zu stabilen Marken zu machen, die in Italien und darüber hinaus hohes Ansehen genießen. <<

### Verkostungsnotizen vom 18.09.2025

An einer Blindverkostung Südtiroler Weißburgunder, die um einige deutsche "Piraten" ergänzt wurde, nahmen meine Freunde und Weinexperten Wilhelm Weil, Jochen Becker-Köhn (Weingut Robert Weil), Christian Witte (unabhängiger Weinberater) und Peter Balzerowiak (Burgunder-Experte bei GRAND CRU SELECT) teil.

Im ersten Flight verglichen wir Weißburgunder Ortsweine verschiedener Südtiroler Genossenschaften in der Preisklasse von 9-15 €. Im zweiten und dritten Flight trafen jeweils zwei Südtiroler Weißburgunder Reserve auf zwei deutsche Weißburgunder. Die Preisspanne lag hier bei 20-45 €.

Unsere drei Siegerweine stelle ich Ihnen hier vor:

## KELLEREI ANDRIAN „FINADO“ WEISSBURGUNDER DOC 2024

Ein heller, frischer Wein mit Noten von Apfel und Birne, am Gaumen weich und harmonisch, mit moderatem Alkohol. Ein klassischer Weißburgunder, der durch seine Eleganz überzeugt und gut zu Fisch oder Gemüse passt.

Meine Bewertung: 92/100 Punkte

Trinkreife: jetzt bis 2029

Preis: 11,90 €

Bezugsquelle: [www.superiore.de](http://www.superiore.de)

## KELLEREI TERLAN „VORBERG“ WEISSBURGUNDER RISERVA 2022

Ein Wein mit goldgelber Farbe und komplexem Duft nach Quitte, Birne, Grapefruit und feinen Blütennoten. Der erste Schluck: Wow, "ein Maul voll Wein"... Dichte, Mineralität und Würze, mit harmonisch eingebundenem Holz und langem Nachhall. Vielleicht Südtirols bester Weißburgunder, definitiv mit großem Reifepotenzial.

Meine Bewertung: 94/100 Punkte

Trinkreife: jetzt bis 2032

Preis: 37,00 €

Bezugsquelle: [www.superiore.de](http://www.superiore.de)



## WEINGUT WITTMANN WEISSER BURGUNDER RESERVE TROCKEN 2022 (BIOWEIN)

Geerntet in den Filetstücken der Westhofener Spitzenlagen, ausgebaut im traditionellen Halbstück oder im Barrique Fass, Hefelager über mindestens 15 Monate.

Als Pirat war der Rheinhesse von der Stilistik klar unterscheidbar von den Südtirolern. Er ist eleganter als der üppige Vorberg Riserva, dabei aber gleichwohl stoffig und dicht. In der Nase gelbe Birne und weißer Pfirsich, etwas weißer Pfeffer darunter. Am Gaumen fokussiert und elegant, mit besonderer Cremigkeit vom Kalkstein, fein eingebundenem Holz und einem langen Abgang. Ein großartiger Wein!

Meine Bewertung: 95/100 Punkte

Trinkreife: jetzt bis 2032

Preis: 45,00 €

Bezugsquelle: [www.gute-weine.de](http://www.gute-weine.de)



**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 © 4/2025 – Verantwortlich für Inhalt und Text: Dr. med. Johannes Scholl – Layout: Gaby Bittner, Abb. Titel © DragonImages - adobe-stock; S.1 © angellodeco - adobe-stock; S. 2 © Guido Bittner für Prevention First; S.4 © insta\_photos - adobe-stock; S.5 © Peakstock - adobe-stock; S.6-8 © J. Scholl; S.9. © shutterstock.com; S.10 © 69 - adobe-stock; S.11 © tashka2000 - adobe-stock; S.13 © shutterstock.com; S.14 © takoburito - adobe-stock; S.15 Huhn © Peter Kurz; © kabir - adobe-stock; S.17-18 © J. Scholl