



WICHTIGER RECHTLICHER HINWEIS: Für die Angaben auf dieser Website besteht [Haftungsausschluss](#) und [Urheberrechtsschutz](#).

## Internationales Konsensus Statement

### Autoren

KONSSENSUS-STATEMENT 2000:

## NAHRUNGSFETT, MEDITERRANE ERNÄHRUNG UND LEBENSLANGE GESUNDHEIT

Internationale Konferenz über mediterrane Ernährungsweise 2000

Royal College of Physicians · London, VK · 13. - 14. Januar 2000:

### Wissenschaftlicher Austausch

Frank Sacks, Harvard School of Public Health, Co-Chairman  
 Gerd Assmann, International Task Force for Prevention of Coronary Heart Disease, Co-Chairman  
 K. Dun Gifford, Oldways Preservation & Exchange Trust, Sekretariat und Facilitator

### Zusammenfassendes Statement

#### Nahrungsfett, mediterrane Ernährung und Lebenslange Gesundheit

Es liegen zunehmend mehr wissenschaftliche Erkenntnisse über die gesundheitsfördernde Wirkung von Ernährungsweisen vor, die reich an Obst, Gemüse, Hülsenfrüchten und Vollkorngetreide sind sowie Fisch, Nüsse und fettarme Milchprodukte enthalten. Bei diesen Kostformen ist eine Beschränkung des Gesamtfettes nicht erforderlich, sofern nicht zu viele Kalorien aufgenommen werden und vorwiegend pflanzliche Fette mit einem geringen Anteil an gesättigten Fettsäuren und teilgehärteten Ölen verwendet werden. Die traditionelle mediterrane Ernährung, in der Olivenöl die Hauptfettquelle ist, ist hierfür ein Beispiel.

### Hintergrund

#### Die traditionelle gesunde mediterrane Ernährungsweise

Der Ausdruck traditionelle "mediterrane Ernährung" hat eine spezielle Bedeutung. Er bezeichnet Ernährungsgewohnheiten, die Anfang der 60er Jahre in einigen Mittelmeergebieten, beispielsweise auf Kreta, in Teilen des übrigen Griechenlands und in Süditalien typisch waren.

#### Traditionelle mediterrane Ernährungsweise: Merkmale in den 60er Jahren

Die mediterrane Ernährung der frühen 60er Jahre kann in groben Zügen wie folgt beschrieben werden:

- eine Fülle an pflanzlichen Lebensmitteln (Obst, Gemüse, Brot, andere Getreideprodukte, Kartoffeln, Hülsenfrüchten, Nüsse und Samen),
- wenig verarbeitete, regionale und saisonal frische Lebensmittel,
- frisches Obst als typische Nachspeise, gelegentlich mit süßem Nachtisch, der auch Zucker oder Honig enthält,
- Olivenöl als Hauptfettquelle,
- täglicher Verzehr geringer bis mäßiger Mengen an Milchprodukten (in erster Linie Käse und Joghurt),
- geringe bis mäßige Mengen an Fisch und Geflügel,
- bis zu vier Eiern pro Woche,
- geringe Mengen an rotem Fleisch sowie
- geringe bis mäßige Mengen Wein, der üblicherweise zu den Mahlzeiten getrunken wird.

Soweit sich dies bestimmen ließ, handelte es sich um eine Ernährungsweise mit einem geringen Gehalt an gesättigten Fettsäuren (7-8 Prozent der Energie oder weniger), mit einem Gesamtfettanteil, der je nach Region weniger als 25 Prozent bis mehr als 35 Prozent der Energieaufnahme ausmachte. Die vorliegenden Daten weisen auch darauf hin, dass der Lebensstil auf Grund der Feld- oder Küchenarbeit von regelmäßiger Bewegung geprägt war, so dass Übergewicht viel seltener vorkam als beispielsweise in den Vereinigten Staaten.

#### Traditionelle mediterrane Ernährung: Grundsätzliches

Die Auswahl des genannten Zeitraums und der geographischen Gebiete basieren auf folgenden Grundlagen:

1. Anfang der 60er Jahre war die Lebenserwartung für Erwachsene bei den Populationen in mediterranen Gebieten eine der weltweit höchsten. Die Raten an koronaren Herzerkrankungen, bestimmten Krebsarten und einigen anderen ernährungsbedingten chronischen Erkrankungen war trotz der Mängel der Gesundheitsversorgung sogar die niedrigste weltweit.

2. Die Daten über verfügbare Lebensmittel und Nahrungszufuhr beschreiben Ernährungsweisen mit vielen gemeinsamen Kennzeichen.
3. In zahlreichen, weltweit durchgeführten epidemiologischen Studien konnte ein Zusammenhang zwischen einer Ernährungsweise, die viele dieser gemeinsamen Kennzeichen aufweist, und niedrigen Raten an chronischen Erkrankungen sowie einer hohen Lebenserwartung für Erwachsene nachgewiesen werden.

Es gibt zahlreiche, aber weniger gut beschriebene Variationen der mediterranen Ernährung in anderen Teilen Italiens und in Teilen Frankreichs, des Libanons, Marokkos, Portugals, Spaniens, Syriens, Tunesiens, der Türkei und in anderen Teilen des Mittelmeerraums. Die oben beschriebene Ernährungsweise ist eng verbunden mit den traditionellen Olivenanbaugebieten des Mittelmeerraums. Daher bezeichnet der Oberbegriff "mediterrane Ernährung" insbesondere die Ernährungsgewohnheiten, die Anfang der 60er Jahre in den Olivenanbaugebieten des Mittelmeerraums herrschten.

#### Ernährung nach mediterraner Art

Die mediterrane Ernährung ist eine jahrhundertealte Tradition, die zu einem ausgezeichneten Gesundheitszustand beiträgt, für Wohlbefinden und Essgenuss sorgt und einen lebendigen Bestandteil unseres Weltkulturerbes darstellt.

Für die Bewohner des Mittelmeerraums ist diese Art der Ernährung eine traditionelle Ernährungsweise, die problemlos im modernen Lebensstil beibehalten und neu belebt werden kann.

Für Amerikaner, Nord- und Osteuropäer und andere Bevölkerungen, die ihre Ernährung verbessern möchten, beschreibt die mediterrane Ernährung eine Kostform, die sowohl wegen ihrer geschmacklichen Vorzüge als auch ihrer gesundheitlichen Vorteile attraktiv ist, und die entweder unverändert übernommen oder zu einer "Ernährung nach mediterraner Art" abgewandelt werden kann.

#### Statement zu den Sachverhalten

Im Rahmen dieses wissenschaftlichen Austausches wurden die Beiträge über wissenschaftliche Erkenntnisse zum Zusammenhang Ernährung und Gesundheit aus zwei Blickwinkeln betrachtet:

A. Er stellte bei der Bewertung aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse fest, dass die Beurteilungen zur Rolle der Nahrungsfette in einer gesundheitlichen Ernährung sich verändert haben.

B. Weiterhin konzentrierte man sich auf die gesunden Ernährungs- und Lebensgewohnheiten der traditionellen mediterranen Kost und die Überlegungen, wie diese zu modifizieren seien, um eine "Ernährung nach mediterraner Art" mit ihren vorteilhaften Auswirkungen auf die Gesundheit auch in Nicht-Mittelmeerländern zu erreichen.

#### Spezielle Themen

##### 1. Herzerkrankungen

A. Zu den für die Verhütung von Atherosklerose wichtigen Ernährungsfaktoren gehören:

1. Beträchtliche Verringerung der Aufnahme gesättigter Fettsäuren.
2. Austausch von gesättigten Fettsäuren durch ungesättigte Fettsäuren, insbesondere einfach ungesättigte Fettsäuren.
3. Verzehr von Fisch.
4. Gesteigerter Verzehr von Gemüse, Obst, Hülsenfrüchten und Vollkorngetreideprodukten.

B. Zu den möglichen Mechanismen, durch die Ernährungsfaktoren das Risiko einer koronaren Herzerkrankung verringern, gehören:

1. Verbesserung des Serumlipidprofils (Verringerung der LDL-Cholesterin- und der Triglyceridwerte bei gleichzeitiger Erhöhung bzw. Beibehaltung des HDL-Cholesterinspiegels),
2. Verminderte Lipidoxidation,
3. Geringeres Atherothromboserisiko,
4. Verbesserung der Endothelfunktion,
5. Verbesserung der Insulinresistenz,
6. Verringerung der ventrikulären Reizbarkeit (Verringerung des Risikos des plötzlichen Herztodes),
7. Verringerung des Entzündungsrisikos; und
8. Verringerung des Plasmahomocysteinspiegels.

##### 2. Diabetes

- A. Der wichtigste Rat sollte lauten: "Gewichtskontrolle, Steigerung der körperlichen Aktivität und Verminderung sitzender Tätigkeiten."
- B. Eine kohlenhydratreiche Ernährung auf der Grundlage von minimal verarbeiteten Getreideprodukten, Gemüse, Obst mit einem hohen Ballaststoffanteil, trägt zur Verbesserung des Blutzucker- und des Lipidprofils bei.
- C. Dieselbe günstige Wirkung kann mit einer Ernährung erzielt werden, die pflanzliche Öle mit hohem Anteil an einfach ungesättigten Fettsäuren betont

und die ebenfalls die oben genannten Nahrungsmittel enthält.

### 3. Übergewicht

- A. Übergewicht ist primär auf eine unausgewogene Energiebilanz zurückzuführen.
- B. Übergewicht erhöht das Risiko vieler Erkrankungen, u. von Diabetes, Herzerkrankungen, Hypertonie, Dyslipidämien und bestimmten Krebsarten.
- C. Übergewicht stellt sowohl in den Industrie- als auch in den Entwicklungsländern ein weitverbreitetes und zunehmendes Gesundheitsproblem dar.
- D. Zwar liegen nur begrenzte Daten aus Bevölkerungsstudien vor, aber es wurde kein enger Zusammenhang zwischen Nahrungsfett und Körperfett nachgewiesen.
- E. Übergewicht kann durch das Gleichgewicht von Energieaufnahme und Energieverbrauch verhindert und kontrolliert werden, welches durch eine gesunde Ernährung und regelmäßige Bewegung erreicht werden kann.
- F. Die mediterrane Ernährung kann, obgleich sie nicht besonders fettarm ist, zur Verhütung und Behandlung von Übergewicht beitragen, sofern die Kalorienaufnahme begrenzt wird, auch weil sie sehr abwechslungsreich und schmackhaft ist.

### 4. Krebs

Es liegen stichhaltige und konsistente Erkenntnisse vor, dass eine Ernährung mit einem hohen Anteil an Gemüse, Obst und Vollkornprodukten das Krebsrisiko verringert. Im Hinblick auf Fett und fettreiche Produkte kann folgendes festgestellt werden:

#### A. Dickdarmkrebs

1. Wahrscheinlich ist die Gesamtfettaufnahme ohne Bedeutung.
2. Gesättigte Fettsäuren können möglicherweise das Risiko erhöhen.
3. Olivenöl und Fischöl senken möglicherweise das Risiko.
4. Phytosterine können das Risiko möglicherweise verringern.
5. Es herrscht Uneinigkeit über das Maß an Einfluss zwischen dem Konsum von rotem Fleisch und einem erhöhtem Risiko.

#### B. Brustkrebs

1. Bei einer Gesamtfettaufnahme von 20-40 Prozent der Energie besteht keine Beziehung.
2. Einfach ungesättigte Fette und Olivenöl verringern möglicherweise das Risiko.

#### C. Prostatakrebs

Es gibt Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen der Aufnahme von gesättigten Fettsäuren und dem Prostatakrebsrisiko.

### 5. Alkohol

- A. Wein ist in weiten Teilen des Mittelmeerraumes Bestandteil der traditionellen Ernährung und wird üblicherweise zu den Mahlzeiten getrunken. Geringer bis mäßiger Genuss von Wein und anderen alkoholischen Getränken verringert das Risiko einer koronaren Herzerkrankung und eines ischämischen Schlaganfalls um 30 Prozent oder mehr und geht zumeist einher mit einer Verringerung der Gesamtsterblichkeit.
- B. Weniger Übereinstimmung besteht dahingehend, ob Wein zur Verhütung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen anderen alkoholischen Getränken gegenüber vorzuziehen ist. Weintrinker haben häufig auch noch andere gesunde Lebensgewohnheiten, die zu dem besseren Schutz vor Herzerkrankungen beitragen können. Andererseits handelt es sich bei den Phenolen und anderen nichtalkoholischen Substanzen im Wein nachweislich um wirkungsvolle Antioxidanzien, die viele potentiell wichtige gesundheitsfördernde Wirkungen haben.
- C. Die positiven Wirkungen von Alkohol beziehen sich vor allem auf das Risiko chronischer Erkrankungen bei Menschen mittleren Alters und Senioren.
- D. Bei allgemeinen Empfehlungen für die Öffentlichkeit im Hinblick auf den Konsum von jeglicher Art von alkoholischen Getränken müssen stets die schädigenden gesundheitlichen und gesellschaftlichen Auswirkungen eines übermäßigen oder verantwortungslosen Alkoholgenusses berücksichtigt werden. Alkoholmissbrauch erhöht das Risiko für viele Krebsarten, insbesondere für Tumore des oberen Atmungs- und Verdauungstraktes. In vielen Studien wurde außerdem schon bei kleinen Mengen Alkohol ein leichter Anstieg des Brustkrebsrisikos nachgewiesen. Menschen mit Alkoholproblemen, oder Personen, die an Leber- oder anderen Erkrankungen leiden, oder die aus religiösen, ethischen oder sonstigen Gründen keinen Alkohol trinken, ist vom Alkoholgenuss grundsätzlich abzuraten.

### 6. Antioxidanzien

- A. Die mediterrane Kost enthält eine Vielzahl an Antioxidanzien: Vitamin E, Vitamin C, Karotinoide und verschiedene Polyphenolverbindungen. Diese Antioxidanzien kommen in Gemüse, Obst, Nüssen, Vollkorngetreide, Hülsenfrüchten, nativem Olivenöl und Wein vor.
- B. Diese Substanzen, die zumindest zum Teil resorbiert werden, sind möglicherweise von großer Bedeutung für die Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs und vorzeitigem Altern.

## 7. Wechselbeziehungen zwischen Genen und Umwelt

1. Chronischen und degenerativen Erkrankungen wie koronaren Herzerkrankungen, Diabetes, Krebs, Hypertonie und Übergewicht liegt stets auch eine signifikante genetische Prädisposition zugrunde.
2. Das höhere genetische Risiko kann durch Umweltfaktoren, in erster Linie das Ernährungsverhalten, moduliert werden.
3. Zukünftige Erkenntnisse über diese genetischen Faktoren und ihre Wechsel-beziehung zu Umweltfaktoren wie Ernährung werden dazu beitragen, dass präzisere und individuellere Strategien zur Prävention und Therapie chronischer Erkrankungen entwickelt werden können.

Freigegeben vom Wissenschaftlichen Austausch am 15. Januar 2000  
Von: K. Dun Gifford, Sekretariat und Facilitator

### Unterzeichner des Wissenschaftlichen Konsensus-Statements 2000

**Abhimanyu Garg**, Assistenz-Professor, Texas Southwest Medical Center, Abteilung Innere Medizin (Dallas, Texas, USA)

**Alberto Ascherio**, M.D., Assistenz-Professor für Ernährung und Epidemiologie, Fachbereich Ernährung, Harvard School of Public Health (Boston, Massachusetts, USA)

**Andrea Bonanome**, M.D., Fachbereich Innere Medizin, Universität Padua (Castelfranco, Italien)

**Antonia Trichopoulou**, M.D., Assistenz-Professorin für Präventivmedizin und Ernährung, Medizinische Fakultät, Universität Athen, Leiterin, WHO Collaborating Center for Nutrition Education (Athen, Griechenland)

**Atif Awad**, Ph.D., Außerordentlicher Professor and Rektor, Ernährungsprogramm, State University of New York, Buffalo, (Buffalo, New York, USA)

**Attilio Giacosa**, Ph.D., Nationales Institut für Krebsforschung (Genua, Italien)

**Bernard Jacotot**, M.D., Chefarzt, Innere Medizin, Hopital Henri Mondor (Creteil, Frankreich)

**Bernhard Watzl**, Ph.D., Ernährungswissenschaftler, Institut für Ernährungsphysiologie, Bundesforschungsanstalt für Ernährung (Karlsruhe, Deutschland)

**Bruno Berra**, Professor, Institut für Allgemeine Physiologie und Biochemie, Universität Mailand (Mailand, Italien)

**Elisabet Helsing**, Dr. med. sci., Beraterin, Internationale Gesundheit, Nationaler Ausschuss für Gesundheit, Oslo, Norwegen; ehemalige regionale Beauftragte für Ernährung, Weltgesundheitsorganisation, Regionalstelle für Europa (Oslo, Norwegen)

**Francisco Perez Jimenez**, Dr. med., Director de la Unidad de Lípidos y Arteriosclerosis, Hospital Universitario Reina Sofia (Córdoba, Spanien)

**François M. Booyse**, Ph.D., Professor für Medizin und Zellbiologie, Universität Alabama in Birmingham (Birmingham, Alabama, USA)

**Frank Hu**, Assistenz-Professor, Harvard School of Public Health (Boston, Massachusetts, USA)

**Frank Sacks**, M.D., Außerordentlicher Professor für Ernährung, Harvard School of Public Health; Außerordentlicher Professor für Medizin, Harvard Medical School (Boston, Massachusetts, USA)

**Gabriele Riccardi**, Professor, Fachbereich Klinische und Experimentelle Medizin, Federico-II-Universität (Neapel, Italien)

**Gerd Assmann**, Dr. med., Universitätsprofessor und Vorsitzender, Institut für Arterioskleroseforschung, Universität Münster (Münster, Deutschland)

**Giovanni Galli**, Ph.D., Professor, Istituto di Scienze Farmacologiche, Universität Mailand (Mailand, Italien)

**Hans Hauner**, Dr. med., Professor, Diabetesforschungsinstitut, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf (Düsseldorf, Deutschland)

**John Foreyt**, Ph.D., Professor, Fachbereich Medizin, Baylor College of Medicine (Houston, Texas, USA)

**Jorge Mancini Filho**, Ordinarius, Stellvertretender Leiter der Fakultät für Pharmakologie, Universität São Paulo (São Paulo, Brasilien)

**José María Ordovas**, Ph.D., Professor für Ernährung, Leitender Wissenschaftler, Leiter,  
<http://europa.eu.int/comm/agriculture/prom/olive/medinfo/de/consensus/index.htm>

Molecular Biology Section Lipid Metabolism Laboratory JM-USDA-HNRCA, Tufts University  
(Boston, Massachusetts, USA)

**Jukka T. Salonen**, Professor, Forschungsinstitut für Volksgesundheit, Universität Kuopio  
(Kuopio, Finnland)

**Kathy McManus, M.S., R.D.**, Direktorin, Abteilung Ernährung, Brigham and Women's Hospital  
(Boston, Massachusetts, USA)

**Lawrence Kushi, Sc.D.**, Ella McCollum Vahlteich Professor für Humanernährung, Teachers  
College, Columbia University (New York, New York, USA)

**Maria Emilia Mazzei**, Ernährungswissenschaftlerin, NET (Buenos Aires, Argentinien)

**Mario Mancini, M.D.**, Professor für Medizin and Direktor, Fachbereich Klinische und  
Experimentelle Medizin, Federico-II-Universität (Neapel, Italien)

**Marion Nestle, Ph.D., MPH**, Professorin und Chairperson, Fachbereich Ernährung und  
Ernährungswissenschaft, New York University (New York, New York, USA)

**Michael J. Hill, Ph.D., FRCPath**, Chairman, European Cancer Prevention Organization (Hants,  
Großbritannien)

**Michel DeLorgeril, M.D., C.N.R.S.**, Universität Grenoble (Grenoble, Frankreich)

**Pedro Mata, Ph.D.**, Assoziierter Chefarzt Innere Medizin, Lipidklinik, Hospital Fundación  
Jimenez Diaz (Madrid, Spanien)

**Penny Kris-Etherton, Ph.D.**, Ausgezeichnete Professorin, Fachbereich Ernährung,  
Pennsylvania State University (University Park, Pennsylvania, USA)

**R. Curtis Ellison, M.D.**, Chefarzt, Präventivmedizin und Epidemiologie, Professor für Medizin  
and Volksgesundheit, Boston University School of Medicine (Boston, Massachusetts, USA)

**Rafael Carmena, M.D.**, Professor für Medizin, Universität Valencia: Chefarzt, Servicio de  
Endocrinología y Nutrición, Hospital Clínico Universitario (Valencia, Spanien)

**Rodolfo Paoletti, Ph.D.**, Professor, Istituto di Scienze Farmacologiche, Universität Mailand,  
(Mailand, Italien)

**Rosemary Stanton**, Arzt für Volksgesundheit, B.Sc., C.Nut., Ernährungswissenschaftlerin,  
Medizinische Fakultät, Universität New South Wales, Dozentin, Autorin, Forscherin (New  
South Wales, Australien)

**Serge Renaud**, Professor, INSERM, Universität Bordeaux 2 (Bordeaux, Frankreich)

**sJohn Yudkin, M.D., F.R.C.P.**, Professor für Medizin, University College London Medical  
School (London, Großbritannien)

**Thorkild Sørensen, Dr. med. sci.**, Professor, Leiter, Institut für Präventivmedizin,  
Dänisches Wissenschaftszentrum für Epidemiologie (Kopenhagen, Dänemark)

**Tom Sanders**, Professor für Ernährung und Diätlehre, King's College London (London  
Großbritannien)

**Ulrich Keil, Dr. med., Ph.D.**, Professor, Institutsdirektor, Institut für Epidemiologie und  
Sozialmedizin, Universität Münster (Münster, Deutschland)

**Winai Dahlan**, Stellvertretender Dekan für Akademische und Forschungsangelegenheiten,  
Faculty of Allied Health Science, Chulalongkorn Universität (Bangkok, Thailand)

**Yousuke Seyama**, Professor, Graduate School of Medicine, Universität Tokio (Tokio, Japan)

[BACK TO TOP](#)

[EUROPA] [Europäische Kommission] [Landwirtschaft] [Suche]