

**ÖAIE-Stellungnahme: Kochsalz bleibt Risikofaktor für
Koronare Herzerkrankungen**

Journal für Ernährungsmedizin 2011; 13 (4), 11

Homepage:

www.aerzteverlagshaus.at

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

MIT NACHRICHTEN DER



**Erschaffen Sie sich Ihre
ertragreiche grüne Oase in
Ihrem Zuhause oder in Ihrer
Praxis**

Mehr als nur eine Dekoration:

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate,
Kräuter und auch Ihr Gemüse
ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller
Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz
ohne grünen Daumen?

Dann sind Sie hier richtig





ÖAIE-Stellungnahme

KOCHSALZ BLEIBT RISIKOFAKTOR FÜR KORONARE HERZERKRANKUNGEN

Es gibt zahlreiche wissenschaftliche Beweise dafür, dass eine hohe Kochsalzzufuhr ein bedeutender ernährungsabhängiger Risikofaktor für die Entstehung von Bluthochdruck und kardiovaskulären Erkrankungen ist. Deshalb werden Maßnahmen einer bevölkerungsweiten Reduzierung der Kochsalzzufuhr vielfach in Betracht gezogen. Neue Erkenntnisse einer kürzlich veröffentlichten Studie im JAMA verunsichern nun aber die Konsumenten.

Dieser Studie zufolge soll eine hohe Salzzufuhr nicht als kritischer Risikofaktor für koronare Herzerkrankungen gelten. Diese neuen Studienergebnisse beziehen sich auch auf vorangegangene Studien, die bereits Hinweise auf eine mögliche negative Wirkung einer reduzierten Salzzufuhr lieferten. Die Sicherheit und Effektivität einer mehrfach diskutierten bevölkerungsweiten Reduzierung der Salzzufuhr wird damit in Frage gestellt. Die Studie hat ergeben, dass eine geringere Natriumausscheidung im Harn und

eine damit verbundene geringere Salzaufnahme mit einem erhöhten Risiko für koronare Herzerkrankungen in Verbindung gebracht werden kann. Diese neuen Studienerkenntnisse weisen aber zahlreiche Schwachstellen auf. So sind die Unterschiede im Salzzufuhrniveau zu gering, um den Einfluss einer niedrigen Salzzufuhr auf das KHK-Risiko wirklich beurteilen zu können. Außerdem gibt es bei den Gruppen der Studienpopulation signifikante Unterschiede bezüglich Alter und Bildungsstatus, was die Ergebnisse zusätzlich beeinflussen kann. Das Alter der Studienteilnehmer war, mit durchschnittlich 41 Jahren, zu gering, und könnte damit auch der Grund für die sehr geringe Anzahl kardiovaskulärer Fälle sein. Weiters fehlen bei vielen Teilnehmern die genauen Untersuchungsergebnisse des 24-Stunden-Harns, und damit ist es schwierig, definitive Aussagen zu treffen. Es fehlt auch eine plausible biologische Erklärung, wie eine hohe Salzzufuhr vor kardiovaskulären Ereignissen schützen soll. Die vorliegenden Studienergebnisse können daher, wenn überhaupt, nur ein Hinweis für Unterschiede in der kardiovaskulären Morbidität und Mortalität sein. Die wichtige Frage bezüglich Salz als Risikofaktor für koronare Herzerkrankungen kann nicht über eine einfache Beobachtungsstudie

geklärt werden. Um wirklich eindeutige Aussagen treffen zu können, sind weitere wissenschaftliche Studien mit entsprechender Größe, Qualität und Dauer notwendig. Aufgrund eingeschränkter Aussagekraft und Evidenz besteht derzeit kein Grund, Sicherheit und Effektivität einer bevölkerungsweiten Kochsalz-Reduzierung in Frage zu stellen. Diese Studie zeigt deutlich, wie partiell erhobene Befunde missverständlich zu einer Umsetzung von gesundheitspolitischen Maßnahmen führen können, die sich dann auf die gesamte Bevölkerung beziehen.

Mag. Karin Gatternerg, Univ.-Prof. Dr. Kurt Widhalm, Österreichisches Akademisches Institut für Ernährungsmedizin, Alserstraße 14/4a, 1090 Wien, E-Mail office@oeaie.org

LITERATUR:

„Fatal and Nonfatal Outcomes, Incidence of Hypertension, and Blood Pressure Changes in Relation to Urinary Sodium Excretion, Jan A. Staessen et al, Journal of the American Medical Association 2011, 305(17): 1777-1785
The Lancet, Volume 377, Issue 9778, 1626, May 2011

„Nicht weniger sondern mehr Salz?“, Leonie Knorpp et al., Ernährungsumschau, September 2011