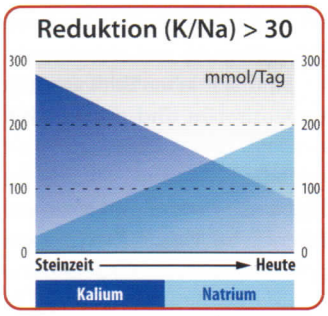
Natürlich Bluthochdruck, Herzinfarkt und Schlaganfall vorbeugen

Sterberisiko: Ernährung ist effektiver in der Prävention als Medikamente

In Deutschland stirbt jeder Zweite an Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die wichtigste Ursache: Bluthochdruck. Die Wahrscheinlichkeit, im Laufe des Lebens an Bluthochdruck zu erkranken, liegt bei 80 % (Vasan et al., 2002). Bluthochdruck hat inzwischen sogar Rauchen als Hauptrisikofaktor für einen vorzeitigen Tod abgelöst (GBD, 2010).
Bluthochdruck wird meistens nicht als eine schwerwiegende Erkrankung wahrgenommen, da der Leidensdruck oft fehlt. Bei der sehr verbreiteten leichten Hypertonie kann eine gesunde natriumarme, kaliumreiche Ernährung besser Schlaganfall und Herzinfarkt vorbeugen als Medikamente. Die DASH-Diät entspricht diesen Prinzipien und gilt inzwischen als die insgesamt beste Gesundheitsdiät und beste Ernährungsform für Diabetiker. (http://health.usnews.com/best-diet)

Das natürliche Natrium-Kalium-Verhältnis

Vor der Entwicklung der Landwirtschaft haben die Menschen nur 0,8 mg Natrium, aber 10,5 g Kalium täglich zu sich genommen (Eaton et al., 1997).



Heute dagegen essen wir Deutschen laut der Nationalen Verzehrstudie II im Schnitt nur ca. 3,3 g Kalium, dafür aber 3,1g Natrium, wobei der tatsächliche Natriumverzehr bei vielen Personen weit höher liegt. Im Vergleich zur steinzeitlichen Ernährung hat sich das Verhältnis von Kalium zu Natrium sogar um den Faktor 30 zu Gunsten von Natrium verschoben (Eaton und Konner, 1985). Dabei ist eine Ernährung mit viel Kalium und wenig Natrium besonders für die Aufrechterhaltung eines normalen Blutdrucks wichtig. Immer mehr Studien zeigen, dass es auf ein hohes Kalium-Natrium-Verhältnis ankommt und das Verhältnis vermutlich wichtiger ist, als eine alleinige Salzreduktion (Natriumreduktion). Denn die Salz-Sensitivität hängt auch vom Kaliumstatus des Patienten ab (Morris et al., 1999).

Ernährung effektiver als Medikamente

In einer großen US-Studie erhöhte ein ungünstiges Natrium-Kalium-Verhältnis in der Ernährung die Sterblichkeit um 46 % (Yang et al., 2011). Pro Steigerung um 1000 mg Natrium am Tag stieg die Sterberate um 20%. Dagegen senkte eine Steigerung um 1000 mg Kalium am Tag die Sterberate um 20 %. Dagegen konnte in der Studie von Cook et al. (2007) durch eine Salzreduktion von nur 2,5 g pro Tag (1000 mg Natrium) das Auftreten von Herz-Kreislauf-Ereignissen (Herzinfarkte, Schlaganfälle, Herztode und Operationen an den Herzkranzgefäßen) bei Personen, die nur einen hochnormalen Blutdruck (< 140/90 mm/Hg) hatten, um 30 % gesenkt werden. Cook et al. (2009) konnten auch zeigen, dass die Studienteilnehmer mit einem ungünstigen Natrium-Kalium-Verhältnis ein 50 % erhöhtes Risiko für schwerwiegende Herz-Kreislauf-Erkrankungen als die Teilnehmer mit einer natriumärmeren, kaliumreicheren Ernährung hatten. Eine medikamentöse Behandlung von leichtem Bluthochdruck hingegen konnte weder die Sterblichkeit noch das Auftreten von Herzinfarkt, Schlaganfall und Herz-Kreislauf-Erkrankungen senken, wie eine Cochrane-Meta-Analyse von Diao et al. (2012) zeigt. Der Grund dafür: Medikamente senken meist zwar den Blutdruck, doch verbessern nicht die Elektrolyt-Balance im Körper. Dafür lösten die Medikamente häufig Nebenwirkungen aus.

Offizielle Empfehlungen für einen gesunden Blutdruck

Die American Heart Association erachtet unter Gesundheitsaspekten für Erwachsene 4,7 g Kalium pro Tag als notwendig und rät zur Reduktion der Natriumzufuhr auf maximal 1,5 g (= 3,75 g Salz) pro Tag. In Deutschland erreichen über 75 % der Männer und 95 % der Frauen die Kalium-Empfehlung nicht. Die Natrium-Empfehlung wird hingegen von 95 % der Männer und 90 % der Frauen deutlich überschritten. Aufgrund der Bedeutung für die Blutdruckregulation ist die empfohlene Tagesdosis von 2000 mg Kalium in der EU zu niedrig. Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung sieht diese Menge auch ausdrücklich als Schätzwert für eine „minimale" Zufuhr an.

Wirksamkeit der Kalium-Supplementation

Leider wird die empfohlene Kaliummenge über die Ernährung selten erreicht, auch wenn dies der beste Weg ist. Die Nahrungsergänzung von Kalium und Magnesium ist der nächstbeste Weg: Eine Studie von Ascherio et al. (1998) mit 43.738 Teilnehmern über acht Jahre zeigte: Kaliumsupplemente senken bei Hypertonikern das Schlaganfallrisiko um 58 %, auch wenn der Blutdruck dadurch nicht wesentlich sank. Magnesiumsupplemente senkten das Risiko um 25 %. Bei Personen, die Diurektika (wie z.B. Thiazide und Schleifendiuretika, die die Kaliumausscheidung erhöhen) einnahmen, konnte das Schlaganfallrisiko sogar um 64 % gesenkt werden. Kalium ist ein sehr wichtiges und gesundes Mineral, was normalerweise über die Nieren ausgeschieden wird und auch die Nieren gesund erhält, weil es die Ammoniakbildung in den Nieren senkt. Bei Personen, die an Nierenversagen leiden, z. B. als Folge eines länger bestehenden Diabetes oder bei medikamentenbedingten Störungen des Kalium-Haushaltes z. B. durch kaliumsparende Diuretika, kann eine vermehrte Kaliumzufuhr zu hohe Kaliumspiegel im Blut bewirken.

Ernährung allmählich umstellen

Wer sich bislang kaliumarm und natriumreich ernährt hat, sollte zunächst seinen Salzkonsum reduzieren und allmählich über zwei Wochen seine Kaliumzufuhr schrittweise erhöhen. Dies gibt den Nieren Zeit für die Umstellung.

Praktische Tipps zur Salzreduktion (Natriumreduktion) und Erhöhung der Kaliumzufuhr:

- Reduzieren oder vermeiden sollten Sie verarbeitete Lebenmittel. Salzige Würzen, Wurst, Brot, Käse, Chips, Knabberzeug und Fertignahrungsmittel zählen zu den Hauptquellen für Salz.

- Essen Sie kaliumreich, d.h. viel frisches Obst, Gemüse, Kräuter und Nüsse.
- Beachten Sie den Gehalt an Natrium in der Nährwerttabelle. Lesen Sie die Etiketten und Nährwertangaben auf Ihren Lebensmitteln. Natrium verbirgt sich auch hinter: Natriumbicarbonat, Natron, Natriumchlorid, Natriumnitrat, Natriumcitrat, Mononatriumglutamat, Natriumbenzonat, Pökelsalz.
- Nicht beim Kochen salzen, sondern nur am Tisch nachsalzen. Sie brauchen deutlich weniger Salz für den gleichen Geschmack. Verwenden Sie am besten natriumreduzierten, kaliumangereicherten Salzersatz.
- Kochen und backen Sie selbst! Nur dann wissen Sie, was drin ist.
- Geben Sie zu Fisch und Gemüse lieber frischen Zitronensaft anstelle von Salz.
- Würzen Sie Ihre Speisen mit frischen und getrockneten Kräutern. Vorsicht bei Würzmischungen: diese enthalten in vielen Fällen Salz.
- Achten Sie auf natriumarmes Mineralwasser (unter 20 mg Natrium/l). Vergleichen Sie Ihr Mineralwasser zum Beispiel auf: (http://www.mineralienrechner.de).
- Gehen Sie regelmäßig in die Sauna, das fördert die Natriumausscheidung über den Schweiß.
- Bewegen Sie sich viel, denn körperliche Aktivität trainiert das Herz-Kreislauf-System.

Ascherio A, Rimm EB, Hernan MA, et al.(1998): Intake of potassium, magnesium, calcium, and fiber and risk of stroke among US men. Circulation. 1998; 98(12):1198–1204.

Cook NR, Obarzanek E, Cutler JA, Buring JE, Rexrode KM, Kumanyika SK, Appel LJ, Whelton PK; Trials of Hypertension Prevention Collaborative Research Group. Joint effects of sodium and potassium intake on subsequent cardiovascular disease: the Trials of Hypertension Prevention follow-up study. Arch Intern Med. 2009 Jan 12;169(1):32-40. doi: 10.1001/archinternmed.2008.523.

Cook NR, Cutler JA, Obarzanek E, Buring JE, Rexrode KM, Kumanyika SK, Appel LJ, Whelton PK. Long term effects of dietary sodium reduction on cardiovascular disease outcomes: observational follow-up of the trials of hypertension prevention (TOHP). BMJ. 2007 Apr 28;334(7599):885-8. Epub 2007 Apr 20.

Diao D, Wright JM, Cundiff DK, Gueyffier F (2012): Pharmacotherapy for mild hypertension. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Aug 15;8:CD006742.

Eaton SB, Eaton SB 3rd, Konner MJ. Paleolithic nutrition revisited: a twelve-year retrospective on its nature and implications. Eur J Clin Nutr. 1997 Apr;51(4):207-16.

Eaton SB, Konner M (1985): Paleolithic nutrition. A consideration of ist nature and current implications. N Engl J Med 312: 283-289.

GBD (Global Burden of Disease Study, 2010): Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010.Published Dec 13, 2012. The Lancet.

Morris RC Jr, Sebastian A, Forman A, Tanaka M, Schmidlin O (1999): Normotensive salt sensitivity: effects of race and dietary potassium. Hypertension. 1999 Jan;33(1):18-23.

Vasan RS, Beiser A, Seshadri S, Larson MG, Kannel WB, D'Agostino RB, Levy D (2002): Residual lifetime risk for developing hypertension in middle-aged women and men: The Framingham Heart Study. JAMA. 2002 Feb 27;287(8):1003-10.

Yang Q, Liu T, Kuklina EV, Flanders WD, Hong Y, Gillespie C, Chang MH, Gwinn M, Dowling N, Khoury MJ, Hu FB (2011): Sodium and potassium intake and mortality among US adults: prospective data from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. Arch Intern Med. 2011 Jul 11;171(13):1183-91.

Dr. Jacob's Institut