

Zink – der Immunbooster Nr. 2

Zink – der Immunbooster Nr. 2

Zink spielt eine zentrale Rolle, wenn es um die effiziente Funktion des Immunsystems geht. Als essenzieller Mikronährstoff unterstützt das Spurenelement Teile der erworbenen (Antikörperbildung), aber auch der angeborenen Immunabwehr (Fresszellen, Killerzellen...). Dabei ist Zink Bestandteil in ca. 3000 Proteinen und Enzymen, die für die zelluläre Abwehr, bei der Bildung von Zellbarrieren und Antikörpern benötigt werden.

So hat ein Zinkmangel folgenschwere Auswirkungen auf die Aktivität von Abwehrzellen, macht sie "langsamer und träger". Das führt zu einer allgemeinen Abwehrschwäche, einer erhöhten Anfälligkeit Infektionskrankheiten.

Aber auch **Allergien** werden durch Zinkmangel gefördert, weil dieser eine Fehlsteuerung des Immunsystems unterstützt, welches nun leichter körpereigene Zellen als "fremd" erkennt und fälschlicherweise bekämpft.

Weitere **Folgen eines Zinkmangels auf das Immunsystem** etwas "fachsimpelnder" formuliert:

- Atrophie (Dünnerwerden) der Schleimhautdicke, besonders im Bronchialtrakt
- eine Abnahme der Zahl der T-Helfer-,
- T-Killer- und
- NK- Zellen und das
- Abfallen des Thymolinspiegels und

- die dadurch gestörte Reifung der T- Lymphozyten.

Viren haben leichtes Spiel bei einem geschwächten Immunsystem, da sie sich in diesem Milieu rasant vermehren können. Die antivirale Wirkung von Zink hemmt diese Virusvermehrung, blockiert das Andocken der Viren an die Rezeptoren auf den Schleimhäuten und somit das Eindringen in die Schleimhautzellen.

Klinische Studien haben die Wirksamkeit von Zink-Supplementierung bei der Vorbeugung und Therapie **virusbedingter Atemwegserkrankungen** bewiesen.

Aber auch **virale Durchfallerkrankungen** sprechen auf Zinkgabe gut an.

So empfiehlt die WHO bei Durchfällen für **Kinder** über 6 Monate 20mg Zink pro Tag zu verabreichen und unter 6 Monaten 10mg pro Tag.

Wieviele Zink muss ich einnehmen, um mich wirksam gegen Infekte zu schützen?

Vorbeugung: Jugendliche ab 12 J. und Erwachsene: 15-20 mg Zink pro Tag (0,25 – 0,5 mg pro Kilogramm Körpergewicht).

Therapie als Selbsthilfe, wenn man schon krank ist: Atemwegsinfekte verlaufen milder und dauern durch die Einnahme von 50mg Zink signifikant kürzer.

Wichtig bei beginnenden Halsschmerzen: sofort Zink auf die Mund- und Rachenschleimhäute und somit auf die Virusoberfläche, die ja auf der Mundschleimhaut kleben,

aufbringen. Dies hemmt das Eindringen des Virus in die Schleimhaut schon im Vorfeld.

Es gibt **Zink-Lutschtabletten**, z.B. Fa. Burgerstein: Langsam Lutschen und währenddessen immer wieder mit dem sich sammelnden Speichel gurgeln (<https://www.burgerstein.at/burgerstein-zink-c>)

Sehr gut bewährt haben sich auch **Zinksprays**, je ein Sprühstoß links, rechts, oben und unten in die Mundhöhle und weit nach hinten links und rechts in den Rachen. (<https://www.sprayvitamine.at/c-zinc.html>)

Therapie bei schwerem Verlauf bzw. Spitalsaufenthalt:

Tag 1 +2: 20-50mg Zink als Infusion und Vitamin C 7,5g bis 15g
Tag 3 bis 10: 20-50 mg Zink pro Tag oral

oder

nur oral 1. bis 10.Tag: 50mg Zink pro Tag

Welche Zinkverbindung wirkt am besten?

Ideal sind **Zinkchelate** wegen der besseren Bioverfügbarkeit (Aufnahme aus dem Darm und Einbau in die Zelle bzw. in die entsprechenden Enzyme und Proteine): **Zinkorotat, Zinkgluconat, Zinkpicolinat**

Quellen

<https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/a-1001-9336>

Zinkmangel im Fokus: Ursachen, Symptome, Diagnose und Therapie; Uwe Gröber, Klaus Kisters, Hans-Georg Classen

The Role of Zinc in Antiviral Immunity

Scott A Read 1 2, Stephanie Obeid 3, Chantelle Ahlenstiel 3, Golo Ahlenstiel 1 2

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31305906/>

Zink – das unterschätzte Element; Hans-Georg Classen, Stuttgart-Hohenheim, Uwe Gröber, Essen, und Klaus Kisters, Herne

<https://www.mmp-online.de/heftarchiv/2020/04/zink-das-unterschaezte-element.html>

Zinc acetate lozenges for treating the common cold: an individual patient data meta-analysis Harri Hemilä, corresponding author 1 Edward J. Petrus, 2 James T. Fitzgerald, 3 and Ananda Prasad 4

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5061795/>

Zn²⁺ Inhibits Coronavirus and Arterivirus RNA Polymerase Activity In Vitro and Zinc Ionophores Block the Replication of These Viruses in Cell Culture

Aartjan J. W. te Velthuis, 1 Sjoerd H. E. van den Worm, 1 Amy C. Sims, 2 Ralph S. Baric, 2 Eric J. Snijder, 1 , and Martijn J. van Hemert 1 ,

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2973827/>

Immunbooster – Vitamin D3

Vitamin D3 – der Immunbooster Nr. 1

Die Medien sind voll davon: Die Zahl der SarsCov2-positiven Testergebnisse steigt scheinbar rasant (Stand Oktober 2020). Und die “normale” Grippesaison ist auch wieder da. Ganz abgesehen von den üblichen Rhinoviren, Adenoviren, Pneumokokken, Streptokokken etc.

Gegen Viren hat die klassische Medizin nichts wirklich Wirksames parat, was man als “Normalbürger” frei in der Apotheke kaufen könnte.

S.g. Erkältungsmittel helfen meist nur, die Symptome zu lindern bzw. zu unterdrücken.

Wie schon so oft an dieser Stelle gesagt:

Wir müssen unser Immunsystem stärken, denn dieses ist unser einzig wahrer Schutzschild! Dann können uns Viren und Bakterien kaum etwas anhaben.

Aber wie kann ich mich selber und meine Familie am besten schützen?

Genau um solche **Selbsthilfemaßnahmen** geht es in unserer **neuen Serie**, von der dies hier der erste Teil ist.

Wir werden dazu auch jeweils einen **Blogartikel** und eine **Podcastfolge** online stellen.

Mit dem **Motto: Vorsicht und Vorsorge statt Panik.**

Hier werden Sie erfahren, wie Sie vorbeugend Ihr Immunsystem und Ihren Körper optimal mit den richtigen Nährstoffen versorgen können, sodass Erreger aller Art erst gar keine Chance haben.

Übrigens, wenn Sie Interesse an unserer **Zusammenfassung** haben, was man selber "zu Hause" vorbeugend und therapeutisch gegen **COVID-19 und andere Infektionen der Atemwege** tun kann, dann registrieren Sie sich in unserer **Selbsthilfe-Akademie**. Dort können Sie sich kostenlos alles Wissenswerte in Videos ansehen und als PDFs herunterladen.

Heute berichte ich über eines der wichtigsten "Züngleins an der Waage", wenn es darum geht, ob ein Infekt (auch Covid19) glimpflich abläuft oder nicht:

Das Vitamin D3.

Vitamin D ist eigentlich kein Vitamin im engeren Sinne, sondern ein **Hormon**, das viele wichtige körperliche Funktionen steuert.

Und trotzdem ist es der Nährstoff, der am häufigsten in unseren nördlichen Breitengraden fehlt.

Untersuchungen in Geriatriezentren zeigen, dass gerade diese krankheitsgefährdeten Bevölkerungsgruppen zu fast 100% unter einem chronischen Vitamin D3-Mangel leiden.

Aber nicht nur sie, sondern die **schlechte Vitamin D3 Versorgung** der **gesamten europäischen Bevölkerung** nimmt schon pandemische Züge an. So spricht man bei einem Wert von <20 ng/ml von 25-OH-Vitamin D3 von einem Vitamin D-Mangel (sehr, sehr schlimm), der dringend behandlungsbedürftig ist, und bei einem Wert von <30ng/ml von einer unzureichenden Versorgung (sehr schlimm ;)). In beiden Fällen ist eine Nahrungsergänzung durch Vitamin D Präparate angezeigt.

Derzeit wird in der Forschung als optimaler 25-OH-Vitamin D3-Status ein Wert von 40-60ng/ml zur Vorbeugung von Erkrankungen angegeben.

Professor Dr. Jörg Spitz, Facharzt für Nuklear-, Ernährungs- und Präventionsmedizin und **Vitamin D3-Papst**, plädiert sogar für einen Spiegel von **60** bis 100ng/ml. Dieser Meinung habe auch ich mich angeschlossen (Studien Brustkrebsvorsorge, Infektionshäufigkeit).

Eine Studie, die die Mangelversorgung der europäischen Bevölkerung aufzeigte, ist die ODIN-Studie:

Hier wurde auch das damit verbundene gesundheitliche Gefährdungspotential bestätigt. Die Studie zeigt den Handlungsbedarf auf und kritisiert gleichzeitig auch die Handlungskompetenz der europäischen und nationalen Gesundheitspolitik in Bezug auf die richtige Einschätzung der Bedeutung von Vitamin D.

Auch von Seiten der **Gesundheitspolitik unserer Regierung** habe ich noch **kaum Empfehlungen über vorbeugende Maßnahmen zur Immunstärkung** gehört. Dabei wäre Vitamin D ja ein gut verfügbarer, förderungswürdiger, preisgünstiger Nährstoff.

Die Studie untersuchte den 25-OH-Vitamin D3 – Status von 55.844 Europäern.

- 80% der Studienteilnehmer hatten einen 25-OH-Vitamin D3 Spiegel <30ng/ml
- 40,4% <20ng/ml
- 13% <12ng/ml

Mehr als 90% der Europäer sind also unterversorgt – vor allem von Oktober bis Mai. Das kann ich aus meiner ganzheitsmedizinischen Arztpraxis bestätigen.

Unsere **Haut verliert mit zunehmendem Alter** immer mehr ihre

Fähigkeit, mit Hilfe von UV-Strahlung Vitamin D3 herzustellen.

Dunkle Haut hält durch die Pigmente von Natur aus UV-Strahlung ab und wirkt wie ein **angeborener Sonnenschutz**. Dunkelhäutige Menschen produzieren daher selber weniger Vitamin D3 als hellhäutige bei gleicher Sonnenexposition.

Sonnenschutzmittel halten nicht nur die UV-Strahlung ab, sondern reduzieren damit auch die Vitamin D-Bildung:

SPF 8 um 95%, SPF 15 um 99%.

Bei welchen Körperprozessen spielt Vitamin D eine Schlüsselrolle?

Zunächst ein bisschen **Biochemie**:

Vitamin D3 ist ein **fettlösliches** Hormon/Vitamin.

Es gibt **2 Wege der Zufuhr**:

1) wie schon erwähnt – **Sonnenlicht (UVB-Strahlung)** trifft auf die Haut und verwandelt durch Photolyse 7-Dehydro-Cholesterol, eine Form von Cholesterol, in das Prävitamin D3.

Dieses wird unter **Wärmeeinwirkung** in Vitamin D3 (Cholecalciferol) umgewandelt. Die **Leber** macht dann daraus mit Hilfe von Enzymen die zirkulierende Form, 25-OH-Vitamin D3. Die endgültige, also **aktiv wirksame Form, 1,25-Dihydroxy-Vitamin D3 / Calcitriol**, wird in weitere Folge in der **Niere** oder in den **Zellen** selbst gebildet.

Alle anderen Vitamin D-Varianten sind biologisch inaktiv und stellen Speicherformen dar.

2) mit der **Nahrung, Vitamin D-haltige Lebensmittel**: besonders Pilze, Fisch und Lebertran, (Vitamin D3 oder D2 – Ergocalciferol). Die Zufuhr mit der Nahrung reicht aber i.A. nicht aus, große Verzehrmenen wären nötig.

Welche Körperprozesse steuert Vitamin D?

Vitamin D braucht einen speziellen **Vitamin-D-Rezeptor**, um in die Zelle zu gelangen. Da fast jede unserer Körperzellen solch einen Rezeptor besitzt, ist Vitamin D **für praktisch alle Organe und Gewebe wichtig**.

Vitamin D ist somit ein **Steuerhormon** für

- die Kalziumaufnahme aus dem Darm
- den Aufbau von Knochen, Zähnen, Gelenken.
Ein Mangel an Vitamin-D führt zur Demineralisierung der Knochen und zu einem gestörten Knochenaufbau (Osteoporose, Rachitis)
- Mit Vitamin K2 als Ko-Faktor steuert Vitamin D die Verwertung des Kalziums beim Aufbau neuer Knochenmasse und sorgt für den Erhalt der Knochendichte. Ein weiterer Ko-Faktor dafür sind Magnesium und Siliziumdioxid.
- das Immunsystem
- die Muskeln: Muskelschwäche durch Vitamin D-Mangel kann gerade bei älteren Menschen Stürze und Frakturen fördern.
- die Zellteilung

Erforscht wurde bereits die positive Wirkung auf:

- Knochenkrankheiten wie Osteomalazie, Rachitis, Osteoporose
- Autoimmunerkrankungen
- Diabetes (Typ 1,2)
- Depression
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Bösartiges Zellwachstum, Krebs: Vitamin D kann Krebszellen zum Zelltod anregen
- Neurologische Erkrankungen (z.B. Mb. Alzheimer, Parkinson ...)

Vitamin D und Autoimmunerkrankungen

Bei einer Autoimmunerkrankung richten sich unsere "verwirrten" Immunzellen und Antikörper gegen körpereigenen Zellen. Hohe Dosen von Vitamin D können diese Fehlreaktionen unterdrücken (Hemmung von TH17, TH1/TH2-Aktivität, Aktivierung der T-reg-Zellen, Defensin und Cathelicidin.)

Die Forschung ist hier schon weit fortgeschritten. Dr. Cicero G. Coimbra, ein brasilianischer Arzt, hat hier Pionierarbeit geleistet und behandelt äußerst erfolgreich Krankheiten wie Multiple Sklerose, Psoriasis, Hashimoto, Mb. Basedow, Alopezia Areata, Rheumatoide Arthritis, Dermatomyositis, Fibromyalgie, DM I, Mb. Crohn, Colitis Ulcerosa, Myasthenia Gravis, Mb. Raynaud, Sklerodermie, Sarkoidose, Sjögren Syndrom, SLE / Lupus, u.v.m.

Diese Hochdosis-Vitamin D-Therapie hat sich als "**Coimbra-Protokoll**" etabliert. Dr. Coimbra bildet dafür eigens Ärzte aus.

Diese Therapie ist nämlich nicht risikofrei und gehört ausschließlich in geschulte Hände und ist NICHT zur SELBSTANWENDUNG gedacht! Nebenwirkungen bei Nichtbeachtung der Regeln sind Hyperkalzämie mit Nierenschädigung und Knochenabbau (Osteoporose). Bei sachgemäßer ärztlicher Begleitung ist die Hochdosis-Vitamin D-Therapie eine geniale, gut verträgliche Möglichkeit, bisher unheilbare leichtere und schwere Autoimmunerkrankungen in den Griff zu bekommen.

Was ist die höchste unbedenkliche Dosis Vitamin D, die jeder selber als Dauertherapie einnehmen kann?

Hier scheiden sich die offiziellen Geister. Die deutsche Gesellschaft für Ernährung empfiehlt z. B. viel weniger als

Prof. Dr. Spitz, z.B.

Im Jahr 2011 hat die amerikanische endokrinologische Gesellschaft für die Vitamin D3-Einnahme die tägliche Obergrenze für Erwachsene auf 10.000 IE festgelegt. Bei Kindern entsprechend weniger, je nach Körpergewicht.

Im Rahmen des Coimbra-Protokolls nehmen die Patienten oft 50.000IE und mehr pro Tag .

Möchten Sie Ihren Vitamin D-Bedarf genau wissen?

Wir haben einen gratis Vitamin D-Rechner für Sie eingerichtet:

<https://praxis.immuntherapie.at/vitamin-d-rechner/> (keine Registrierung nötig)

<https://mem.hrv-wirkungsforschung.com/admin/registrierung/> (mit Registrierung für die kostenlose Nutzung unserer gesamten, ganzheitsmedizinischen Selbsthilfe Akademie).

Vitamin D stärkt die angeborene und erworbene **Immunität** und steigert die Bildung von antimikrobiellen Peptiden (z.B. körpereigene **“Antibiotika”** wie Defensine, Cathelicidin).

Diese können die Infektiosität von Viren (z.B. Influenza, SARS-CoV-2) senken, da sie auch **antiviral** wirken.

Vitamin D3 benötigt dafür dringend Vitamin A:

Der Vitamin D-Rezeptor (VDR) spielt eine wichtige Rolle im zellulären Stoffwechsel. Er verbindet sich dabei mit dem Retinoid (Vitamin A) Rezeptor (RXR) und beide dringen gemeinsam in den Zellkern ein, wo der Komplex dann an das Vitamin D Responsive Element (VDRE) in der DNS binden und die Transkription über 2000 Gene kontrollieren kann.

Vitamin D beeinflusst somit nicht nur das Immunsystem, sondern auch Stoffwechselprozesse, Entgiftung, die Energiegewinnung und die Funktion und den Lebenszyklus der Zellen.

Wer neigt besonders zu Vitamin D-Mangel?

- Menschen oberhalb des 42. Breitengrades in den Monaten September bis inkl. Mai
- Großstadtbewohner
- Menschen, die stets hohen Sonnenschutzfaktor verwenden
- Dunkelhäutige Menschen, je mehr Pigment, desto deutlicher ist die Hemmung
- Betagte Senioren
- Chronisch Kranke
- Menschen mit vielen Nachtdiensten oder Schichtarbeit
- „Stubenhocker“ (Job oder freiwillig privat)
- Menschen mit Adipositas
- Schwangere und Stillende (erhöhter Bedarf)
- sowie Säuglinge und Kleinkinder

Übergewicht spielt beim Bedarf an Vitamin D eine entscheidende Rolle.

Vitamin D “verschwindet” bei Menschen mit hohem Fettanteil entsprechend stark im Fettgewebe, sodass es den restlichen Körperstrukturen weniger zur Verfügung steht. Viele Übergewichtige bewegen sich häufig weniger im Freien bzw. halten sich unbewusst seltener **leicht bekleidet** in der Sonne auf, was den Spiegel noch mehr senkt.

Im **Herbst und Winter** führt die unzureichende Versorgung mit Vitamin D in allen Altersgruppen zu einer erhöhten Anfälligkeit für Infektionen nicht nur der oberen Atemwege. Aktuelle Analysen zeigen, dass die Supplementierung mit **Vitamin D das Risiko für Atemwegsinfekte** bei Erwachsenen und Kindern um 20-35% **reduziert**.

Viele **Covid-19** Erkrankte haben, wie schon erwähnt, eine schlechte Vitamin D Versorgung, die einen schweren Verlauf der Erkrankung fördert.

Neben Vitamin D3 sind als **Co-Faktoren Vitamin A, Magnesium und Vitamin K2** relevant.

Vitamin A regelt als wichtigstes Vitamin die Immunität aller Schleimhäute.

Magnesium ist der Gegenspieler zu den erhöhten Kalziummengen, die mit Hilfe des Vitamin D im Darm mitaufgenommen werden.

Damit Kalzium sich nicht in den Gefäßen als Verkalkungen ablagert, sondern in die Knochen "geschubst" wird, brauchen wir Magnesium und auch **Vitamin K2**. Wichtig ist, dass Vitamin K2 MK7 in seiner all-trans-Form zugeführt wird.

Die Sinnhaftigkeit der gleichzeitigen Einnahme von Vitamin K2 mit Vitamin D3 ist jedoch studienmäßig noch nicht eindeutig bewiesen.

Höhere Vitamin D-Dosierungen führen zu einem erhöhten Verbrauch von Vitamin K2. Da es darüberhinaus auch auf Herz- und Kreislauf schützend wirkt, verordne ich es einfach immer dazu. Einige Präparate enthalten bereits **Vitamin D3 + K2 in der korrekten Kombination**.

Magnesium brauchen wir darüberhinaus auch für die Umwandlung von Vitamin D in seine aktive Form.

Dosierung vorbeugend:

für Virusinfektion der Atemwege:

mindestens 40-60 IE Vitamin D pro kg KG pro Tag

(das Vitamin-D-Council empfiehlt idealerweise 70-90 IE pro Kilogramm Körpergewicht), z.B. Erwachsener 60kg: ca. 5000IE pro Tag

30-50 IE Retinol pro kg KG pro Tag

und 400 bis 600mg reines Magnesium (als Magnesiumcitrat, -orotat z.B.)

und Vitamin K2 1:100, also für 10.000IE Vitamin D3: 100yg
Vitamin K2, für 5.000IE Vit. D3: 50yg K2

Unterstützende Therapie bei Spitalsaufenthalt und schwerem Verlauf

Initial (Tag 1, Bolus): 200.000 IE Vitamin D plus 200.000 IE Vitamin A peroral.

1 Woche: täglich 20.000 IE Vitamin D, 20. 000 IE Vitamin A peroral.

2. Woche: täglich 10.000IE Vitamin D, 10. 000 IE Vitamin A peroral.

3. Woche: täglich 5.000IE Vitamin D, 5. 000 IE Vitamin A peroral.

+ Vitamin K2 peroral 50 – 200yg

Was kann ich selbst zu Hause tun?

Lassen Sie Ihren **Vitamin D3-Spiegel messen** – über Ihren Arzt (Kassenleistung) oder eigeninitiativ in jedem Labor (privat zu bezahlen).

Falls dies nicht möglich ist, können Sie 6 Wochen lang 10.000IE Vitamin D3 + Magnesium 400mg nehmen und dann mit 4000IE als Dauertherapie weitermachen. 1-2x pro Jahr sollte man den Vitamin D-Spiegel aber auf jeden Fall testen lassen.

Tipps für´s Sonnenbaden

Ihr Hauttyp ist entscheidend

- Der Mensch hat sich im Laufe der Evolution an die Wetter- bzw. Sonnenverhältnissen seines jeweiligen Breitengrades angepasst. Deshalb erzeugt die Haut von Hellhäutigen wesentlich schneller Vitamin D als Dunkelhäutige. Bei hochstehender Sommersonne braucht ein Mensch vom Hauttyp 1 (Blass, rothaarig) lediglich 10 Minuten, ein Mensch vom Hauttyp 5 oder 6 (dunkle Haut, schwarze Haare) bis zu 30-40 Minuten, um die gleiche Dosis Vitamin D zu bilden□.
- Erdenbürger, die nördlich des 42. Breitengrades (Rom) leben, sind gefährdet, im Herbst, Winter und Frühling einen Vitamin D-Mangel zu entwickeln.
- Was wir uns im Sommer an Vitamin D im Körper auf Lager gelegt haben, ist nach ca. 2 Monaten zur Hälfte aufgebraucht.

Sonnenschein ist nicht gleich Sonnenschein

- Ab einem Sonneneinfallswinkel von unter 45 Grad bildet die Haut kaum mehr Vitamin D (morgens und abends, vor 11 + nach 16 Uhr, Oktober bis Mai). Faustregel: Der eigene Schatten sollte nicht länger als 1 Meter sein. Im Liegen verdoppelt sich die Vitamin D-Produktion.
- Im Hochsommer und im Badeoutfit kann unsere Haut ca. 10.000 bis 20.000 IE Vitamin D3 produzieren.
- Die **minimale Erythemdosis (MED)** (auch *Erythemschwellendosis*) ist ein Maß für die Toleranz der menschlichen Haut gegenüber der Sie ist abhängig von Ihrem Hauttyp. Ein heller Hauttyp hat z.B. eine MED von 20 Minuten.
- Haut im Frühling langsam an die UV-Strahlung gewöhnen, wenn möglich täglich
- idealerweise in Badekleidung – nur Gesicht und Arme sind zu wenig

- die Hälfte Ihrer MED-Zeit zunächst ohne Sonnenschutzmittel sonnen, dann Schutz mit Kleidung bzw. Sonnenschutzmittel mit hohem SPF als Schutz gegen Hautkrebs und Lichtschäden wie Altersflecken.

Vitamin D aus Solarien?

Moderne Solarien strahlen UVA- und UVB ab. Eine wöchentliche Besonnung von ca. 20 Minuten entspricht einer Vitamin D3-Zufuhr von ca. 10.000-20.000 IE. Trotzdem bitte nicht öfter als 1x pro Woche ins Solarium, denn die UVA-Strahlung lässt die Haut schneller altern und UVB ist für Hautkrebsentwicklung zuständig.

Ich empfehle daher eher die orale Vitamin D3-Zufuhr.

Veganes Vitamin D3

Das klassische Vitamin D3 wird aus Lanolin (Wollfett) und zwar aus Schaffell gewonnen. Normalerweise ist Vitamin D3 also vegetarisch, aber nicht vegan.

Es ist jedoch bereits möglich, rein pflanzliches, veganes Vitamin D3 aus einer Flechtenart zu extrahieren.

Quellen

Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Stuttgart, Mag. Uwe Gröber, Prof. Dr. Klaus Kisters, Akademie für Mikronährstoffmedizin

Prof. Dr. Jörg Spitz, Vortrag Biogena, 2018, „Vitamin D – Hype oder Hope?“

Dr. Burghard Schütz, Biovis Labor, sars-cov-2, covid-19 Fachinformation 5/2020

Studien

Holick MF. Vitamin D Deficiency. New England Journal of

Medicine. 2007;357(3):266-281. doi:10.1056/NEJMra070553

Kramer J, Diehl A, Lehnert H. Epidemiologische Untersuchung zur Häufigkeit eines Vitamin-D-Mangels in Norddeutschland. DMW – Deutsche Medizinische Wochenschrift. 2014;139(10):470-475. doi:10.1055/s-0033-1360073

Cashman KD, Dowling KG, Skrabakova Z, et al. Vitamin D deficiency in Europe: pandemic? American Journal of Clinical Nutrition. 2016;103(4):1033-1044. doi:10.3945/ajcn.115.120873

Ringe JD, Kipshoven C. Vitamin-D-Unterversorgung in Deutschland: Gefahr für erhöhte Morbidität und Mortalität? MMW – Fortschritte der Medizin. 2011;153(S4):115-118. doi:10.1007/BF03367708

DeLuca HF. Overview of general physiologic features and functions of vitamin D. Am J Clin Nutr. 2004;80(6 Suppl):1689S-96S. doi:10.1093/ajcn/80.6.1689S

Bikle D. Nonclassic Actions of Vitamin D. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. 2009;94(1):26-34. doi:10.1210/jc.2008-1454

Hii C, Ferrante A. The Non-Genomic Actions of Vitamin D. Nutrients. 2016;8(3):135. doi:10.3390/nu8030135

Zittermann A, Gummert JF. Nonclassical Vitamin D Actions. Nutrients. 2010;2(4):408-425. doi:10.3390/nu2040408

Holick MF. Sunlight and vitamin D for bone health and prevention of autoimmune diseases, cancers, and cardiovascular disease. Am J Clin Nutr. 2004;80(6 Suppl):1678S-88S. doi:10.1093/ajcn/80.6.1678S

de Freitas RP, Nunes FP, dos Santos LM, et al. Influence of vitamin D in bone healing. Journal of Oral Diagnosis. 2017;2(1):1-8.

Calleja-Agius J. Vitamin D and bone health. Maturitas.

2017;100:100-101. doi:10.1016/j.maturitas.2017.03.030

Bikle DD. Vitamin D and Bone. *Curr Osteoporos Rep.* 2012;10(2):151-159. doi:10.1007/s11914-012-0098-z

Anderson PH, Turner AG, Morris HA. Vitamin D actions to regulate calcium and skeletal homeostasis. *Clin Biochem.* 2012;45(12):880-886. doi:10.1016/j.clinbiochem.2012.02.020

Anderson PH, Atkins GJ, Turner AG, Kogawa M, Findlay DM, Morris HA. Vitamin D metabolism within bone cells: effects on bone structure and strength. *Mol Cell Endocrinol.* 2011;347(1-2):42-47. doi:10.1016/j.mce.2011.05.024

Christakos S, Dhawan P, Porta A, Mady LJ, Seth T. Vitamin D and Intestinal Calcium Absorption. *Mol Cell Endocrinol.* 2011;347(1-2):25-29. doi:10.1016/j.mce.2011.05.038

Bronner F. Mechanisms of intestinal calcium absorption. *J Cell Biochem.* 2003;88(2):387-393. doi:10.1002/jcb.10330

Need AG, O'Loughlin PD, Morris HA, Coates PS, Horowitz M, Nordin BC. Vitamin D Metabolites and Calcium Absorption in Severe Vitamin D Deficiency. *J Bone Miner Res.* 2008;23(11):1859-1863. doi:10.1359/jbmr.080607

van Driel M, van Leeuwen JPTM. Vitamin D endocrine system and osteoblasts. *BoneKey Reports.* 2014;3. doi:10.1038/bonekey.2013.227

Chun RF, Liu PT, Modlin RL, Adams JS, Hewison M. Impact of vitamin D on immune function: lessons learned from genome-wide analysis. *Front Physiol.* 2014;5. doi:10.3389/fphys.2014.00151

Prietl B, Treiber G, Pieber T, Amrein K. Vitamin D and Immune Function. *Nutrients.* 2013;5(7):2502-2521. doi:10.3390/nu5072502

Shuler FD, Hendrix J, Hodroge S, Short A. Antibiotic-like actions of vitamin D. *W V Med J.* 2013;109(1):22-25.

Korf H, Decallonne B, Mathieu C. Vitamin D for infections: Current Opinion in Endocrinology & Diabetes and Obesity. 2014;21(6):431-436. doi:10.1097/MED.000000000000108

Gunville CF, Mourani PM, Ginde AA. The role of vitamin D in prevention and treatment of infection. Inflamm Allergy Drug Targets. 2013;12(4):239-245.

Barlow PG, Svoboda P, Mackellar A, et al. Antiviral activity and increased host defense against influenza infection elicited by the human cathelicidin LL-37. PLoS ONE. 2011;6(10):e25333. doi:10.1371/journal.pone.0025333

Cantorna MT, Zhao J, Yang L. Vitamin D, invariant natural killer T-cells and experimental autoimmune disease. Proc Nutr Soc. 2012;71(1):62-66. doi:10.1017/S0029665111003193

Bergman P, Lindh AU, Björkhem-Bergman L, Lindh JD. Vitamin D and Respiratory Tract Infections: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. PLoS ONE. 2013;8(6):e65835. doi:10.1371/journal.pone.0065835

Urashima M, Segawa T, Okazaki M, Kurihara M, Wada Y, Ida H. Randomized trial of vitamin D supplementation to prevent seasonal influenza A in schoolchildren. Am J Clin Nutr. 2010;91(5):1255-1260. doi:10.3945/ajcn.2009.29094

Schwalfenberg G. Vitamin D for influenza. Can Fam Physician. 2015;61(6):507.

Adorini L, Penna G. Control of autoimmune diseases by the vitamin D endocrine system. Nat Clin Pract Rheumatol. 2008;4(8):404-412. doi:10.1038/ncprheum0855

Wagatsuma A. Role of Vitamin D in Myogenesis. In: Gowder S, ed. A Critical Evaluation of Vitamin D – Basic Overview. InTech; 2017. doi:10.5772/64514

Abrams GD, Feldman D, Safran MR. Effects of Vitamin D on

Skeletal Muscle and Athletic Performance. *JAAOS – Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*. 2018;26(8):278. doi:10.5435/JAAOS-D-16-00464

Bass JJ, Szewczyk NJ, Wilkinson DJ, et al. The Vitamin D receptor regulates skeletal muscle mass in vivo. In: *Proceedings of The Physiological Society*. The Physiological Society; 2016.

von Hurst PR, Beck KL. Vitamin D and skeletal muscle function in athletes. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 2014;17(6):539-545. doi:10.1097/MCO.0000000000000105

Banerjee P, Chatterjee M. Antiproliferative role of vitamin D and its analogs—a brief overview. *Mol Cell Biochem*. 2003;253(1-2):247-254.

Kipshoven C. Querschnittsstudie zur Abschätzung des Vitamin-D-Status in der Bevölkerung in Deutschland (DEVID-Studie). 2010.

Hintzpeter B, Mensink GBM, Thierfelder W, Müller MJ, Scheidt-Nave C. Vitamin D status and health correlates among German adults. *Eur J Clin Nutr*. 2008;62(9):1079-1089. doi:10.1038/sj.ejcn.1602825

Di Somma C, Scarano E, Barrea L, et al. Vitamin D and Neurological Diseases: An Endocrine View. *Int J Mol Sci*. 2017;18(11). doi:10.3390/ijms18112482

Koduah P, Paul F, Dörr J-M. Vitamin D in the prevention, prediction and treatment of neurodegenerative and neuroinflammatory diseases. *EPMA J*. 2017;8(4):313-325. doi:10.1007/s13167-017-0120-8

Almokhtar M, Wikvall K, Norlin M. Vitamin D metabolism in the nervous system: potential effects of glucocorticoids. 2017.

Wrzosek M, Łukaszkiwicz J, Wrzosek M, et al. Vitamin D and the central nervous system. *Pharmacological Reports*. 2013;65(2):271-278. doi:10.1016/S1734-1140(13)71003-X

Chen TC, Lu Z, Holick MF. Photobiology of Vitamin D. In: Holick MF, ed. Vitamin D: Physiology, Molecular Biology, and Clinical Applications. Totowa, NJ: Humana Press; 2010:35-60. doi:10.1007/978-1-60327-303-9_2

Holick MF. Environmental factors that influence the cutaneous production of vitamin D. Am J Clin Nutr. 1995;61(3 Suppl):638S-645S. doi:10.1093/ajcn/61.3.638S

Webb AR, Kline L, Holick MF. Influence of season and latitude on the cutaneous synthesis of vitamin D3: exposure to winter sunlight in Boston and Edmonton will not promote vitamin D3 synthesis in human skin. J Clin Endocrinol Metab. 1988;67(2):373-378. doi:10.1210/jcem-67-2-373

Faurschou A, Beyer DM, Schmedes A, Bogh MK, Philipsen PA, Wulf HC. The relation between sunscreen layer thickness and vitamin D production after ultraviolet B exposure: a randomized clinical trial: Sunscreen use and vitamin D production: a randomized clinical trial. British Journal of Dermatology. 2012;167(2):391-395. doi:10.1111/j.1365-2133.2012.11004.x

Holick MF, Matsuoka LY, Wortsman J. Regular use of sunscreen on vitamin D levels. Arch Dermatol. 1995;131(11):1337-1339.

Matsuoka LY, Wortsman J, Hollis BW. Use of topical sunscreen for the evaluation of regional synthesis of vitamin D3. J Am Acad Dermatol. 1990;22(5 Pt 1):772-775.

Matsuoka LY, Wortsman J, Hanifan N, Holick MF. Chronic sunscreen use decreases circulating concentrations of 25-hydroxyvitamin D. A preliminary study. Arch Dermatol. 1988;124(12):1802-1804.

MacLaughlin J, Holick MF. Aging decreases the capacity of human skin to produce vitamin D3. J Clin Invest. 1985;76(4):1536-1538.

Davie MW, Lawson DE, Emberson C, Barnes JL, Roberts GE, Barnes

ND. Vitamin D from skin: contribution to vitamin D status compared with oral vitamin D in normal and anticonvulsant-treated subjects. *Clin Sci*. 1982;63(5):461-472.

Matsuoka LY, Wortsman J, Haddad JG, Hollis BW. In vivo threshold for cutaneous synthesis of vitamin D₃. *J Lab Clin Med*. 1989;114(3):301-305.

Krzyściński JW, Guzikowski J, Rajewska-Więch B. Optimal vitamin D₃ daily intake of 2000IU inferred from modeled solar exposure of ancestral humans in Northern Tanzania. *J Photochem Photobiol B, Biol*. 2016;159:101-105. doi:10.1016/j.jphotobiol.2016.03.029

Drincic AT, Armas LAG, Van Diest EE, Heaney RP. Volumetric Dilution, Rather Than Sequestration Best Explains the Low Vitamin D Status of Obesity. *Obesity*. 2012;20(7):1444-1448. doi:10.1038/oby.2011.404

Hawk J, McGregor J, British Medical Association. *Understanding Skin & Sunlight*. Banbury [England: Family Doctor Publications in association with the British Medical Association; 2000.

Levine JA, Sorace M, Spencer J, Siegel DM. The indoor UV tanning industry: a review of skin cancer risk, health benefit claims, and regulation. *J Am Acad Dermatol*. 2005;53(6):1038-1044. doi:10.1016/j.jaad.2005.07.066

Woo DK, Eide MJ. Tanning beds, skin cancer, and vitamin D: An examination of the scientific evidence and public health implications. *Dermatol Ther*. 2010;23(1):61-71. doi:10.1111/j.1529-8019.2009.01291.x

LeBlanc ES, Perrin N, Johnson JD, Ballatore A, Hillier T. Over-the-Counter and Compounded Vitamin D: Is Potency What We Expect? *JAMA Internal Medicine*. 2013;173(7):585. doi:10.1001/jamainternmed.2013.3812

Khadgawat R, Ramot R, Chacko KM, Marwaha RK. Disparity in

cholecalciferol content of commercial preparations available in India. *Indian J Endocrinol Metab.* 2013;17(6):1100-1103. doi:10.4103/2230-8210.122638

Garg S, Sabri D, Kanji J, et al. Evaluation of vitamin D medicines and dietary supplements and the physicochemical analysis of selected formulations. *J Nutr Health Aging.* 2013;17(2):158-161. doi:10.1007/s12603-012-0090-4

Andrews KW, Pehrsson PR, Betz JM. Variability in Vitamin D Content Among Products for Multivitamin and Mineral Supplements. *JAMA Internal Medicine.* 2013;173(18):1752. doi:10.1001/jamainternmed.2013.8759

Hemery YM, Fontan L, Moench-Pfanner R, et al. Influence of light exposure and oxidative status on the stability of vitamins A and D₃ during the storage of fortified soybean oil. *Food Chem.* 2015;184:90-98. doi:10.1016/j.foodchem.2015.03.096

Lowenthal J, Vergel Rivera GM. Comparison of the activity of the cis and trans isomer of vitamin K1 in vitamin K-deficient and coumarin anticoagulant-pretreated rats. *J Pharmacol Exp Ther.* 1979;209(3):330-333.

Knauer TE, Siegfried C, Willingham AK, Matschiner JT. Metabolism and biological activity of cis- and trans-phyloquinone in the rat. *J Nutr.* 1975;105(12):1519-1524. doi:10.1093/jn/105.12.1519

Matschiner JT, Bell RG. Metabolism and Vitamin K Activity of cis Phylloquinone in Rats. *The Journal of Nutrition.* 1972;102(5):625-629. doi:10.1093/jn/102.5.625

Szterk A, Zmysłowski A, Bus K. Identification of cis / trans isomers of menaquinone-7 in food as exemplified by dietary supplements. *Food Chemistry.* 2018;243:403-409. doi:10.1016/j.foodchem.2017.10.001

Richtlinie 2008/100/EG der Kommission vom 28. Oktober 2008 zur

Änderung der Richtlinie 90/496/EWG des Rates über die Nährwertkennzeichnung von Lebensmitteln hinsichtlich der empfohlenen Tagesdosen, der Umrechnungsfaktoren für den Energiewert und der Definitionen (Text von Bedeutung für den EWR). Vol OJ L.; 2008. <http://data.europa.eu/eli/dir/2008/100/oj/deu>. Accessed August 10, 2018.

German Nutrition Society, Bonn, Germany. New Reference Values for Vitamin D. *Annals of Nutrition and Metabolism*. 2012;60(4):241-246. doi:10.1159/000337547

Holick MF, Binkley NC, Bischoff-Ferrari HA, et al. Evaluation, Treatment, and Prevention of Vitamin D Deficiency: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2011;96(7):1911-1930. doi:10.1210/jc.2011-0385

Why does the Vitamin D Council recommend 5,000 IU/day? Vitamin D Council. December 2013. <https://www.vitamindcouncil.org/why-does-the-vitamin-d-council-recommend-5000-iuday/>. Accessed August 10, 2018.

GrassrootsHealth. GrassrootsHealth. <https://grassrootshealth.net/>. Accessed August 10, 2018.

Hathcock JN, Shao A, Vieth R, Heaney R. Risk assessment for vitamin D. *Am J Clin Nutr*. 2007;85(1):6-18.

Vieth R. Vitamin D supplementation, 25-hydroxyvitamin D concentrations, and safety. *Am J Clin Nutr*. 1999;69(5):842-856.

Vermeer C. Vitamin K: the effect on health beyond coagulation – an overview. *Food Nutr Res*. 2012;56. doi:10.3402/fnr.v56i0.5329

El Asmar MS, Naoum JJ, Arbid EJ. Vitamin K Dependent Proteins and the Role of Vitamin K2 in the Modulation of Vascular

Calcification: A Review. *Oman Med J.* 2014;29(3):172-177. doi:10.5001/omj.2014.44

Theuwissen E, Smit E, Vermeer C. The role of vitamin K in soft-tissue calcification. *Adv Nutr.* 2012;3(2):166-173. doi:10.3945/an.111.001628

Conly JM, Stein K, Worobetz L, Rutledge-Harding S. The contribution of vitamin K2 (menaquinones) produced by the intestinal microflora to human nutritional requirements for vitamin K. *Am J Gastroenterol.* 1994;89(6):915-923.

Inaba N, Sato T, Yamashita T. Low-Dose Daily Intake of Vitamin K(2) (Menaquinone-7) Improves Osteocalcin γ -Carboxylation: A Double-Blind, Randomized Controlled Trials. *J Nutr Sci Vitaminol.* 2015;61(6):471-480. doi:10.3177/jnsv.61.471

Caluwe R, Vandecasteele S, Van Vlem B, Vermeer C, De Vriese AS. Vitamin K2 supplementation in haemodialysis patients: a randomized dose-finding study. *Nephrology Dialysis Transplantation.* 2014;29(7):1385-1390. doi:10.1093/ndt/gft464

Dalmeijer GW, van der Schouw YT, Magdeleyns E, Ahmed N, Vermeer C, Beulens JWJ. The effect of menaquinone-7 supplementation on circulating species of matrix Gla protein. *Atherosclerosis.* 2012;225(2):397-402. doi:10.1016/j.atherosclerosis.2012.09.019

Uwitonze AM, Razzaque MS. Role of Magnesium in Vitamin D Activation and Function. *J Am Osteopath Assoc.* 2018;118(3):181-189. doi:10.7556/jaoa.2018.037

Rosanoff A, Dai Q, Shapses SA. Essential Nutrient Interactions: Does Low or Suboptimal Magnesium Status Interact with Vitamin D and/or Calcium Status?12. *Adv Nutr.* 2016;7(1):25-43. doi:10.3945/an.115.008631

Zittermann A. Magnesium deficit ? overlooked cause of low vitamin D status? *BMC Med.* 2013;11:229.

doi:10.1186/1741-7015-11-229

Zofková I, Kancheva RL. The relationship between magnesium and calciotropic hormones. *Magnes Res.* 1995;8(1):77-84.

Medalle R, Waterhouse C, Hahn TJ. Vitamin D resistance in magnesium deficiency. *Am J Clin Nutr.* 1976;29(8):854-858.

Shieh A, Chun RF, Ma C, et al. Effects of High-Dose Vitamin D2 Versus D3 on Total and Free 25-Hydroxyvitamin D and Markers of Calcium Balance. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism.* 2016;101(8):3070-3078. doi:10.1210/jc.2016-1871

Logan VF, Gray AR, Peddie MC, Harper MJ, Houghton LA. Long-term vitamin D3 supplementation is more effective than vitamin D2 in maintaining serum 25-hydroxyvitamin D status over the winter months. *Br J Nutr.* 2013;109(6):1082-1088. doi:10.1017/S0007114512002851

Heaney RP, Recker RR, Grote J, Horst RL, Armas LAG. Vitamin D3 Is More Potent Than Vitamin D2 in Humans. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism.* 2011;96(3):E447-E452. doi:10.1210/jc.2010-2230

Houghton LA, Vieth R. The case against ergocalciferol (vitamin D2) as a vitamin supplement. *Am J Clin Nutr.* 2006;84(4):694-697.

Armas LAG, Hollis BW, Heaney RP. Vitamin D2 Is Much Less Effective than Vitamin D3 in Humans. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism.* 2004;89(11):5387-5391. doi:10.1210/jc.2004-0360

Trang HM, Cole DE, Rubin LA, Pierratos A, Siu S, Vieth R. Evidence that vitamin D3 increases serum 25-hydroxyvitamin D more efficiently than does vitamin D2. *Am J Clin Nutr.* 1998;68(4):854-858.

Tripkovic L, Wilson LR, Hart K, et al. Daily supplementation with 15 µg vitamin D2 compared with vitamin D3 to increase

wintertime 25-hydroxyvitamin D status in healthy South Asian and white European women: a 12-wk randomized, placebo-controlled food-fortification trial. *Am J Clin Nutr.* 2017;106(2):481-490. doi:10.3945/ajcn.116.138693

Wilson LR, Tripkovic L, Hart K, et al. Mechanisms for differences in the efficacy of vitamin D2 and vitamin D3: assessment of post-supplementation decline in vitamin D status in the D2-D3 Study. *Proceedings of the Nutrition Society.* 2016;75(0CE3). doi:10.1017/S0029665116001312

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21154399/>

Vitamin A supplementation for preventing morbidity and mortality in children from 6 months to 5 years of age

Aamer Imdad¹, Kurt Herzer, Evan Mayo-Wilson, Mohammad Yawar Yakoob, Zulfiqar A Bhutta

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31575021/>

Baseline Serum Vitamin A and D Levels Determine Benefit of Oral Vitamin A&D Supplements to Humoral Immune Responses Following Pediatric Influenza Vaccination

Nehali Patel

<http://covidauthors.org/display/69857>

Jee J, Hoet AE, Azevedo MP, Vlasova AN, Loerch SC, Pickworth CL, Hanson J, Saif LJ. Effects of dietary vitamin A content on antibody responses of feedlot

<https://faseb.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1096/fj.09-129288>

15.05.2009 – *Trottier, C., Colombo, M., Mann, K. K., Miller, W. H., Jr., Ward, B. J.* Retinoids inhibit measles virus through a type I IFN-dependent bystander ...

https://www.researchgate.net/publication/263894250_Acute_phase_response_elicited_by_experimental_bovine_diarrhea_virus_BVDV_infection_is_associated_with_decreased_vitamin_D_and_E_status_of_vitamin-replete_preruminant_calves

08.06.2020 – Jodi L **Mcgill** ... infection in Ontario (Carman et al., 1998; **Ridpath** et ... **McGill, J. L., B. J. Nonnecke, J. D. Lippolis, T. A. Reinhardt, and R.**

Prof. Dr. med. Jörg Spitz Krautkopfallee 27 65388 Schlangenbad | Deutschland T +49 (0)6129.5029986 info@mip-spitz.de www.mip-spitz.de Literatur Abbas S, Linseisen J, Chang-Claude J. Dietary vitamin D and calcium intake and premenopausal breast cancer risk in a German case-control study. Nutrition and cancer 2007;

Abbas S, Linseisen J, Slinger T, Kropp S, Mutschelknauss EJ, Flesch-Janys D, Chang-Claude J. Serum 25-hydroxyvitamin D and risk of post-menopausal breast cancer—results of a large case-control study. Carcinogenesis 2008;

Acheson, E. D.; Bachrach, C. A. (1960): The distribution of multiple sclerosis in U. S. veterans by birthplace. In: American journal of hygiene 72, S. 88–99 Aloia JF, Patel M, Dimaano R, Li-Ng M, Talwar SA, Mikhail M, Pollack S, Yeh JK. Vitamin D intake to attain a desired serum 25-hydroxyvitamin D concentration. The British Journal of Nutrition 2008;

Baggerly CA. Higher Vitamin D Intake Needed to Reduce Cancer Risk. In: Vitamin D-Update 2011. Clinical Laboratory 8/9 2011, Supplementum Bischoff-Ferrari HA, Dawson-Hughes B, Willett WC, Staehelin HB, Bazemore MG, Zee RY, Wong JB. Effect of vitamin D on falls: a meta-analysis. JAMA : The journal of the American Medical Association 2004;

1999–2006 Bischoff-Ferrari HA, Can U, Staehelin HB, Platz A, Henschkowski J, Michel BA, Dawson-Hughes B, Theiler R. Severe vitamin D deficiency in Swiss hip fracture patients. Bone 2008;

Cannell JJ, Hollis BW, Zasloff M, Heaney RP. Diagnosis and treatment of vitamin D deficiency. Expert Opinion on Pharmacotherapy 2008;

Cutolo M, Otsa K, Uprus M, Paolino S, Serio B (2007): Vitamin D in rheumatoid arthritis. In: Autoimmunity reviews 7 (1), S. 59–64

Daniel C, Radeke HH, Sartory NA, Zahn N, Zuegel U, Steinmeyer A, Stein J. The new low calcemic vitamin D analog 22-ene-25-oxa-vitamin D prominently ameliorates T helper cell type 1-mediated colitis in mice. Journal of Pharmacology And Experimental Therapeutics 2006;

Dobnig H, Pilz S, Scharnagl H, et al. Independent Association of Low Serum 25-Hydroxyvitamin D and 1,25-Dihydroxyvitamin D Levels With All-Cause and Cardiovascular Mortality. Archives of internal medicine 2008;

Freedman DM, Looker AC, Chang SC, Graubard BI. Prospective study of serum vitamin D and cancer mortality in the United States. Journal of the National Cancer Institute 2007;

Garland FC, Garland CF, Gorham ED, Young JF. Geographic variation in breast cancer mortality in the United States: a hypothesis involving exposure to solar radiation. Preventive Medicine 1990;

Garland CF, Gorham ED, Mohr SB, Grant WB, Giovannucci EL, Lipkin M, Newmark H, Holick MF, Garland FC. Vitamin D and prevention of breast cancer: pooled analysis. The Journal of steroid biochemistry and molecular biology 2007;

Ginde AA, Mansbach JM, Camargo CA Jr. Vitamin D, respiratory infections, and asthma. Curr Allergy Asthma Rep. 2009 Jan;

Giovannucci E, Liu Y, Rimm EB, Hollis BW, Fuchs CS, Stampfer MJ, Willett WC. Prospective Study of Predictors of Vitamin D Status and Cancer Incidence and Mortality in Men. Journal of

the National Cancer Institute 2006;

Goodwin PJ, Ennis M, Pritchard KI, Koo J, Hood N, editors. Frequency of vitamin D (Vit D) deficiency at breast cancer (BC) diagnosis and association with risk of distant recurrence and death in a prospective cohort study of T1-3, N0-1, M0 BC;

2008 Gorham ED, Garland CF, Garland FC, Grant WB, Mohr SB, Lipkin M, Newmark HL, Giovannucci E, Wei M, Holick MF. Optimal vitamin D status for colorectal cancer prevention: a quantitative meta analysis. American journal of preventive medicine 2007;

Grant WB, Holick MF. Benefits and requirements of vitamin D for optimal health: a review. Altern Med Rev. 2005 Jun;

Alternative medicine review: a journal of clinical therapeutic 2005;

Grant WB, Cross HS, Garland CF, Gorham ED, Moan J, Peterlik M, Porojnicu AC, Reichrath J, Zittermann A. Estimated benefit of increased vitamin D status in reducing the economic burden of disease in western Europe. Prog Biophys Mol Biol. 2009 Feb-Apr;

Hathcock JN, Shao A, Vieth R, Heaney R. Risk assessment for vitamin D. The American journal of clinical nutrition 2007;85(1):6-18 Heaney RP, Davies KM, Chen TC, Holick MF, Barger-Lux MJ. Human serum 25-hydroxycholecalciferol response to extended oral dosing with cholecalciferol. The American journal of clinical nutrition 2003;

Hintzpeter B, Mensink GB, Thierfelder W, Müller MJ, Scheidt-Nave C. Vitamin D status and health correlates among German adults. European journal of clinical nutrition 2007 Hintzpeter B, Scheidt-Nave C, Müller MJ, Schenk L, Mensink GB. Higher prevalence of vitamin D deficiency is associated with immigrant background among children and adolescents in Germany. J Nutr. 2008 Aug;

Holick MF, Jenkins M. Schützendes Sonnenlicht. Die heilsamen Kräfte der Sonne. Stuttgart: Haug;

2005 Holick, Michael F; Binkley, Neil C; Bischoff-Ferrari, Heike A; Gordon, Catherine M; Hanley, David A; Heaney, Robert P et al. (2011): Evaluation, treatment, and prevention of vitamin D deficiency: an Endocrine Society clinical practice guideline. In: J Clin Endocrinol Metab 96 (7), S. 1911–1930 Hollis BW. Vitamin D Requirement During Pregnancy and Lactation. In: Vitamin D-Update 2011. Clinical Laboratory 8/9 2011, Supplementum Holt PR, Arber N, Halmos B, Forde K, Kissileff H, McGlynn KA, Moss SF, Kurihara N, Fan K, Yang K, Lipkin M. Colonic epithelial cell proliferation decreases with increasing levels of serum 25-hydroxy vitamin D. Cancer epidemiology, biomarkers & prevention : a publication of the American Association for Cancer Research, cosponsored by the American Society of Preventive Oncology 2002;

Hyppönen E, Läärä E, Reunanen A, Järvelin MR, Virtanen SM. Intake of vitamin D and risk of type 1 diabetes: a birth-cohort study. Lancet 2001;

Hyppönen E, Power C. Hypovitaminosis D in British adults at age 45 y: nationwide cohort study of dietary and lifestyle predictors. The American journal of clinical nutrition 2007;

Islam T, Gauderman WJ, Cozen W, Mack TW (2007): Childhood sun exposure influences risk of multiple sclerosis in monozygotic twins. In: Neurology 69 (4), S. 381–388. Judd SE, Nanes MS, Ziegler TR, Wilson PW, Tangpricha V. Optimal vitamin D status attenuates the age-associated increase in systolic blood pressure in white Americans: results from the third National Health and Nutrition Examination Survey. The American journal of clinical nutrition 2008;

Kampman MT, Wilsgaard T, Mellgren SI (2007): Outdoor activities and diet in childhood and adolescence relate to MS risk above the Arctic Circle. In: Journal of neurology 254

(4), S. 471–477 Kauer H. Vitamin D in Immunologie und Onkologie – Eine Literaturstudie. [Dissertation]. München: LMU München; 09.02.2007 Kimball SM, Ursell MR, O'Connor P, Vieth R. Safety of vitamin D3 in adults with multiple sclerosis. American Journal of Clinical Nutrition 2007;

Kong J, Zhang Z, Musch MW, Ning G, Sun J, Hart J, Bissonnette M, Li YC. Novel role of the vitamin D receptor in maintaining the integrity of the intestinal mucosal barrier. American journal of physiology. Gastrointestinal and liver physiology 2008;

Lappe JM, Travers-Gustafson D, Davies KM, Recker RR, Heaney RP. Vitamin D and calcium supplementation reduces cancer risk: results of a randomized trial. The American journal of clinical nutrition 2007;

Melamed ML, Muntner P, Michos ED, Uribarri J, Weber C, Sharma J, Raggi P. Serum 25-hydroxyvitamin D levels and the prevalence of peripheral arterial disease: results from NHANES 2001 to 2004. Arteriosclerosis, thrombosis, and vascular biology 2008;

Michos ED, Melamed ML. Vitamin D and cardiovascular disease risk. Current opinion in clinical nutrition and metabolic care 2008;

Munger KL, Levin LI, Hollis BW, Howard NS, Ascherio A. Serum 25-hydroxyvitamin D levels and risk of multiple sclerosis. JAMA, The Journal of the American Medical Association 2006;

Niino M, Fukazawa T, Kikuch S, Sasaki H (2008): Therapeutic potential of vitamin d for multiple sclerosis. In: Current medicinal chemistry 15 (5), S. 499–505 Nnoaham KE, Clarke A (2008): Low serum vitamin D levels and tuberculosis: a systematic review and meta-analysis. In: International journal of epidemiology 37 (1), S. 113–119 Pappa HM, Grand RJ, Gordon CM. Report on the vitamin D status of adult and pediatric patients with inflammatory bowel disease and its significance

for bone health and disease. Inflammatory bowel diseases 2006;

Smolders J, Damoiseaux J, Menheere P, Hupperts R (2008): Vitamin D as an immune modulator in multiple sclerosis, a review. In: Journal of neuroimmunology 194 (1-2), S. 7–17.
Soltesz G, Patterson CC, Dahlquist G, EURODIAB Study Group. Worldwide childhood type 1 diabetes incidence—what can we learn from epidemiology? Pediatric diabetes 2007;

Spitz J. Vitamin D – Das Sonnenhormon für unsere Gesundheit und der Schlüssel zur Prävention. 2. Auflage Verlag mip-spitz-gbr 2009. ISBN 978-3-00-027740-5
Spitz J, Grant WB. Krebszellen mögen keine Sonne. Vitamin D – der Schutzschild gegen Krebs, Diabetes und Herzerkrankungen. Mankau Verlag 2010. ISBN 978-3-938396-64-3
Suzuki A, Kotake M, Ono Y, Kato T, Oda N, Hayakawa N, Hashimoto S, Itoh M. Hypovitaminosis D in type 2 diabetes mellitus: Association with microvascular complications and type of treatment. Endocrine journal 2006;

Tetlow LC, Woolley DE. Effects of 1 alpha,25dihydroxyvitaminD3 on matrix metalloproteinase expression by rheumatoid synovial cells and articular chondrocytes in vitro. Annals of the New York Academy of Sciences 1999;

Teutemacher H. Substitution von Vitamin D bei Patienten mit Asthma und COPD. In: Vitamin D-Update 2011. Clinical Laboratory 8/9 2011, Supplementum
Urashima M, Segawa T, Okazaki M, Kurihara M, Wada Y, Ida H. Randomized trial of vitamin D supplementation to prevent seasonal influenza A in schoolchildren. Am J Clin Nutr. 2010 May;

von Helden R. Der Einfluss von etwa 300.000 E Vitamin D3 auf die Symptome der vegetativen Dystonie. In: Vitamin D-Update 2011. Clinical Laboratory 8/9 2011, Supplementum
van den Bemd GJ, Chang GT. Vitamin D and vitamin D analogs in cancer treatment. Current drug targets 2002;

van der Mei IA, Ponsonby AL, Dwyer T, Blizzard L, Taylor BV, Kilpatrick T, Butzkueven H, McMichael AJ (2007): Vitamin D

levels in people with multiple sclerosis and community controls in Tasmania, Australia. In: Journal of neurology 254 (5), S. 581–590 Visser, Marjolein; Deeg, Dorly J. H.; Puts, Martine T. E.; Seidell, Jaap C.; Lips, Paul (2006): Low serum concentrations of 25-hydroxyvitamin D in older persons and the risk of nursing home admission. In: Am. J. Clin. Nutr 84 (3), S. 616-22;

quiz 671–2 Wittig R and Coy JF. The role of glucose metabolism and glucose-associated signaling in cancer. Perspectives in Medical Chemistry 2007;

Kinesiologie nach Dr. Klinghardt

Kinesiologie ist der Oberbegriff einer Biofeedbackmethode, die über die Muskeltestung Informationen erfragt. Es gibt inzwischen über 100 verschiedene Kinesiologie-Richtungen.

Dr. Klinghardt hat als Arzt die Angewandte Neurobiologie entwickelt, die folgende Bereiche testet und ausgleicht: den Körper, das Energiefeld, psycho-emotionelle Themen und übergeordnete Verbindungen, wie z.B. innerhalb des Familiensystems.



Die Methode besteht aus drei Bereichen, die in der Praxis gleichwertig sind:

1. Autonomer Reponse Test (ART)
2. Psycho-Kinesiologie (PK; in Österreich: „Kinesiologie nach Klinghardt“)
3. Mentalfeld-Technik (MFT)

Die **ART** befasst sich mit der Regulationsfähigkeit des Autonomen Nervensystems, die dann besteht, wenn man angemessen auf Stressreize reagieren kann. Das ANS ist der Teil des Nervensystems, der willentlich nicht beeinflussbar ist und alle Regelvorgänge im Körper steuert. Mit speziellen Techniken werden Einschränkungen gelöst und die „offene Regulation“ wiederhergestellt.

Die **PK** deckt unbewusste seelische Konflikte auf, die belasten und löst sie. Außerdem befasst sie sich mit daraus entstandenen Glaubenssätzen, die das Leben des Menschen einengen.

Die **MFT** arbeitet mit bekannten Konflikten, die als belastend erlebt werden und sich nicht lösen. Man kann akute und chronische Schmerzzustände, überschießenden Emotionen uvm. lösen. Hier arbeiten wir ohne Muskeltest und setzen MFT auch zur Selbstbehandlung ein.

Die ART prüft **7 Faktoren**, die in ca. 85% aller Fälle die Einschränkung der Regulationsfähigkeit mitverursachen.

1. Ungelöste seelische Konflikte
2. Störfelder (Narben, Organe, Zähne)
3. Unverträglichkeiten / Nahrungsmittelintoleranzen
4. biophysikalische Belastungen (Elektrosmog, Geopathie)
5. Toxinbelastungen (Schwermetalle, Lösungsmittel, giftige Zerfallsprodukte von Mikroorganismen, Umweltgifte...)
6. Mängel (Nährstoffe wie Mineralien, Aminosäuren, Vitamine...)
7. Struktur (Biss, Wirbelsäule, Becken...)

Dr. Klinghardt entwickelte, basierend auf der indischen Yogalehre, das „5 Ebenen Modell“. In dieses ordnet man die Faktoren ein und setzt passende Behandlungsschritte.

Diese 5 Ebenen beeinflussen sich und haben Wechselwirkungen.

Sehr selten befindet sich ein Problem nur auf der körperlichen Ebene. Die meisten Probleme haben Aspekte auf mehreren der 5 Ebenen. Ein Problem muss auf der Ebene behandelt werden, auf der es entstanden ist oder auf einer der darüber liegenden Ebenen, damit es keine Symptomverschiebungen gibt. Wir haben über Kinesiologie Einfluss auf die unteren 4 Ebenen. Die 5. Ebene ist sehr persönlich und ist nur für den Klienten zugänglich.

Aufgrund dieser Philosophie ergeben sich mehrere wichtige Schritte in der Vorgangsweise: Wir testen die Faktoren, die zur Entstehung des Problems beigetragen haben. Diese Faktoren sollten möglichst gleichzeitig behandelt werden. Auf jeder der gefundenen Ebenen gibt es kleine „Interventionen“, die in der Summe eine große Wirkung haben. Im Allgemeinen bekommen Klienten ein Programm mit verschiedenen Übungen, die 3-4x am Tag durchführt werden.

Dr. Klinghardt hat gezeigt, dass man auf dem „Weg nach unten“, d.h. von den intelligenten höheren Ebenen zur körperlichen Ebene hin, alle Blockaden lösen muss, damit auch auf körperlicher Ebene Veränderungen eintreten. Es braucht Kraft

zur Veränderung – diese kommt vom Körper. Wenn er belastet ist, sei es durch Toxine, falsche Ernährung, Medikamentenrückstände, strukturelle Verschiebungen oder andere Faktoren, können sich Heilimpulse von den höheren Ebenen nicht manifestieren. Daher ist es so wichtig, alle Faktoren zu berücksichtigen.

Gastautorin, Ulrike Grosch



P.S.:

Wenn Sie vom Team Dr. Klinghardt Informationen haben wollen, melden Sie sich bitte hier zum **Newsletter** an: <http://teamdrklinghardt.at/verein/newsletter>

— -

Informationen zur Methode, Ausbildung und KinesiologInnen-Liste:

www.team-drklinghardt.at

PODCAST

Dr. Veronika Königswieser im Interview mit Kinesiologin und zertifizierter Lehrbeauftragter Ulrike Grosch

Kinesiologie nach Dr. Klinghardt,

Was ist das? Für wen ist das? Was ist das Besondere daran?

<https://directory.libsyn.com/episode/index/id/15559979>

VIDEO

über Kinesiologie in der Praxis Dr. Veronika Königswieser:

<https://www.immuntherapie.at/kinesiologie/>

Hashimoto – Schilddrüse natürlich heilen

Mein Therapiekonzept aus der Sicht der Ganzheitsmedizin

Klicken Sie einfach oberhalb dieses Texts auf den Play-Button links auf dem Bild und hören Sie mein **Podcast-Audio** oder sehen Sie sich das **zugehörige Video** hier unten mit dem gleichen Text an!

In dieser Podcast-Episode beschreibe ich meinen **ganzheitsmedizinischen** Ansatz, wie Sie **Hashimoto** und andere **autoimmunbedingte Schilddrüsenerkrankungen** in den Griff bekommen können.

Ich freue mich über Ihr Feedback und Anregungen in den Kommentaren hier unten.

Alles Liebe

Ihre

Dr. Veronika Königswieser

P.S.: Haben Probleme überschüssige Kilos oder Bauchfett abzunehmen, weil Ihre Schilddrüse Ihren Stoffwechsel blockiert? Dann machen Sie doch einfach meinen **kostenlosen Selbsttest “Welcher Abnehmtyp bin ich wirklich?”**

www.drkoenigswieser.com

**Rohkostsalat Basic – So
bereite ich ihn zu – Video**

**Fasten – Chancen und Gefahren
aus der Sicht der
Ganzheitsmedizin**

Böses Gemüse Lektüre

Böses Gemüse?

Eine Zusammenfassung des Buches

“The Plant Paradox” / “Böses Gemüse” von Dr. S. Gundry, USA
Wie uns Lektine als Fraßschutzstoffe in Pflanzenkost schaden können und wie wir diese in lektinreichen Lebensmittel mittels Küchentricks unschädlich machen können.

Lass mich in Frieden! Ich will davon nichts wissen! Nein, dachte ich, nicht schon wieder etwas Neues! Nicht schon wieder eine neue Ernährungsregel, ein neues Verbot. Ich war schon richtig froh, dass ich meinen Patienten und auch mir selbst endlich schmackhaft machen konnte, dass 2/3 der Tagesnahrungsmenge möglichst aus wässrigen und blättrigen Gemüsen bestehen sollten – neben ausreichend Proteinen, guten Fetten und den richtigen Kohlenhydraten die Voraussetzung für eine gesunde, basenüberschüssige, nährstoff- und ballaststoffreiche Ernährung. Ufff! Aber Schmäcks – das soll nicht der Weisheit letzter Schluss gewesen sein...!?! –

„Böses Gemüse – wie uns gesunde Nahrungsmittel krank machen“ leuchtete da vom Cover eines Buches, das mir ein sehr geschätzter Kollege dringend empfahl. Es ist im Februar 2018 erschienen und gibt’s nun neben Englisch auch in Deutsch. Originaltitel: „The Plant Paradox“. Der Autor: Dr. Steven Gundry (*1944), USA, pensionierter Herzchirurg.

Mich meiner Pflicht als Ganzheitsmedizinerin besinnend, stets offen für neue Erkenntnisse zu sein, habe ich mir – zwar widerwillig, aber doch – das Buch gekauft. Nachdem es einige Wochen „abgelegen“ und unberührt meine Praxisluft geatmet hatte, war dann dennoch sein „Tag“ gekommen. Ausschlaggebend

dafür waren einige neue Patienten, die sich schon lange „brav“ an alle Regeln der s.g. gesunden Ernährung und Lifestyles gehalten hatten, aber dennoch einige ihrer Beschwerden letztendlich doch nicht losgeworden waren.

Viele darunter waren Vegetarierinnen/Vegetarier oder sogar Veganerinnen/Veganer, ernährten sich fettarm, aßen viel Vollkorn und noch mehr Gemüse und trieben regelmäßig Sport. „Vielleicht ist doch was dran, am „bösen Gemüse“... dachte ich und nahm mir als Wochenendbeschäftigung das Buch zur Brust – und habe es beinahe in einem Aufwasch durchgelesen. Ich war gefesselt und schockiert zugleich.

Und es wurde mir einiges klar:

- warum es durchaus Sinn macht, dass die Haute Cuisine der Franzosen von jeher die Paradeiser und Paprika entkernt und geschält hat
- warum bei Autoimmunerkrankungen Nachtschattengewächse verboten werden
- warum viele Menschen auf Vollkornprodukte mehr Blähungen und Verdauungsprobleme bekommen, als auf Auszugsmehlprodukte
- warum es altes Wissen ist, Nüsse und Samen einzuweichen, also anzukeimen und zu trocknen, bevor sie zubereitet werden.
- warum unsere Eltern und Großeltern Hülsenfrüchte stets lange einweichen und anschließend „zu Tode kochen“
- warum viele chronisch Kranke mit Glutenunverträglichkeit nicht gesünder werden, obwohl sie Gluten meiden

Die Lektin-Theorie ist nicht unumstritten. Im Folgenden zeige ich Ihnen die Pro und Contras auf.

Der **englische Titel “The Plant Paradox”** trifft es besser, denn mit „böse“ sind nicht nur Gemüse sondern auch Getreide, Nüsse und Samen gemeint. Darüberhinaus kritisiert Dr. Gundry unter anderem auch bestimmtes Fleisch und Milchprodukte etc. als

lektinhaltig. Der Begriff „lektinfrei“ trifft nicht komplett zu, denn **manche Lektine sind für uns sogar nützlich** bzw. wir können sie sehr wohl gut verdauen. **Ungünstige Lektine** enthalten folgende Nahrungsmittel, die laut Dr. Gundry zu meiden sind bzw. speziell vorbehandelt werden sollten:

- Getreide – mit der Ausnahme von Hirse (diese sei lektinfrei). Gluten ist übrigens das bekannteste der bedeutenden Lektine. Das kleinere Übel sei, laut Dr. Gundry, Auszugsmehl, da hier die Schale fehle, in der die meisten Lektine enthalten seien. Ein Kompromiss ist meiner Erfahrung nach auch der **Urdinkel**, da er von Natur aus nur sehr wenig Gluten und auch kaum ATI's (Weizen-Amylase-Trypsin-Inhibitoren) enthält.
- Pseudogetreide (Buchweizen, Amaranth, Quinoa, Teff) – einweichen und im Schnellkochtopf garen
- Reis: auch hier ist das Gros der Lektine in der Schale zu finden, weshalb Dr. Gundry den polierten Reis empfiehlt, allen voran den Basmati-Reis. Ich empfehle auch den Parboiled Reis.
- Hülsenfrüchte (Linsen, Bohnen, Kichererbsen...) über Nacht einweichen und dann im Druckkochtopf 5 bis 15 Minuten garen. Bohnen aus der Dose oder dem Glas müssen nicht mehr gekocht werden. Sie sind bereits lektinfrei.
- Erdnüsse sind auch Hülsenfrüchte und enthalten viele Lektine. Nur selten genießen!
- Sojabohnen sind ebenso Hülsenfrüchte. Nur fermentierte Sojaprodukte sind uneingeschränkt empfehlenswert: Tempeh, Miso, Feto® = fermentierter Tofu, Natto, Tamari (Sojasauce ohne Weizen. Der Weizen in der „normalen“ Sojasauce ist fermentiert und sollte daher problemlos genießbar sein)
- Nachtschattengewächse enthalten in der Schale und den Kernen der Früchte viele schädliche Lektine. Unter Einhaltung von Zubereitungstricks werden sie von Lektinen befreit.
- ebenso Kürbisgewächse wie Gurken, Zucchini, Kürbis,

Melonen.

- bestimmte Nussarten sollen viele Lektine enthalten: Cashews (!), Walnüsse,...Dr. Gundry empfiehlt, nicht mehr als 70g pro Tag (1-2 Esslöffel) zu konsumieren
- Ölsaaten (Kürbiskerne, Sonnenblumenkerne, Chiasamen etc.): hier hilft angeblich auch das Einweichen und das anschließende Trocknen bei 50°C und ev. Rösten.
- bestimmte Öle sind lektinbelastet (gut sind Omega-3 Fette aus Fisch, Algen und Leinsamenöl, Hanföl)
- in Maßen, reif geerntete Früchte. Unreife Früchte enthalten viele Lektine, weil sie nicht vorzeitig gefressen werden wollen. Reife Früchte haben die Lektine bereits abgebaut.
- Sprossen, Keimlinge: laut Dr. Gundry enthalten sie zu Beginn der Keimung besonders viele Lektine. Mein derzeitiger Informationsstand ist, dass der Keimling die Lektine mit zunehmender Länge des Keimlings abbaut. Der Keimling sollte also mindestens 2 Zentimeter lang sein.
- unbegrenzt: viel erlaubtes Gemüse, Kräuter, fermentiertes Gemüse, Kohlarten, Knollen und Wurzeln, Zwiebelgewächse, alle Arten von Blattgemüsen (Salaten, Kräutern), Knollen- und Wurzelgewächse und resistente Stärke.
- Fisch/Fleisch sind möglich, jedoch nur mit bestimmter Fütterung und Haltung (z.B. Gras- und Heufütterung bei Rindern, Schafen, nicht Getreide-, Mais- oder Sojamast)
- keine Kuhmilchprodukte von A1-Kasein-Kühen, außer diejenigen, die großteils aus Fett bestehen (Schlagobers/Sahne, Butter, Sauerrahm/Schmand, Kaffeeobers, Crème fraîche, Butterschmalz, Ghee...)
- Milchprodukte nur von A2-Kasein-Kühen bzw. Schafen, Büffeln, Ziegen, welche laut Dr. Gundry auch A2-Kasein statt A1-Kasein enthalten.

Das klingt auf den ersten Blick erschreckend und schwer umsetzbar und löst wahrscheinlich in den meisten von uns spontanen Widerstand aus...

Aber es gibt eine gute Nachricht: Es gibt einige **Küchentricks** und Auswahlkriterien beim Einkauf, wie wir doch noch „normal essen“ und uns trotzdem lektinarm ernähren können.

Die Theorie: Was sind Lektine und was bewirken sie in unserem Körper?

Lektine produziert die Pflanze, um sich **vor Fraßfeinden zu schützen**. Dazu lagert sie in die unreifen Samen und die Schale Proteine ein, welche im Säugetier (und auch im Menschen) die Darmwand durchdringen und ins Blut gelangen. Eine intakte Darmschleimhaut und eine gesunde Darmflora (Mikrobiom) schützt bis zu einem gewissen Grad vor vor diesem Prozess.

Lektine sind wie kleine Kletten, die nach spezifischem Zuckermolekülen suchen, um sich anzuklammern. Das Immunsystem bekämpft das Lektin, den fremden Stoff, und greift dabei leider auch die Struktur an, an der sich das Lektin angehängt hat. Zielscheibe sind Zuckermoleküle im Blut, Darmwandzellen und unsere Nervenscheiden. In der Darmwand regen die Lektine die Zonulin-Produktion an, welche Lücken zwischen den eng an eng liegenden Zellen der Schleimhaut erzeugt und die Darmwand so durchlässig macht (im Extremfall kommt es zum s.g. „Leaky Gut Syndrom“). Eine mit Lektinen befallene Zellmembran, ist nun in ihrer Fähigkeit, anderen Zellen zu kommunizieren, beeinträchtigt.

Viele Lektine wirken also **proinflammatorisch, immunotoxisch, neurotoxisch und zytotoxisch**, erhöhen die **Blutviskosität** oder stören die **Genexpression** oder die **endokrine** Funktion.

Wozu sind Lektine eigentlich gut?

Den Pflanzen dienen sie als **Fraßschutzstoffe**. Das ist der Grund, warum manche Pflanzen viele und manche wenige Lektine erzeugen. Einige Pflanzen wollen ja gefressen werden, bzw. deren Früchte, damit ihr Same mit den Verdauungsresten des Fressers an anderer Stelle ausgeschieden zu werden und sich so ausbreiten zu können.

Andere Pflanzen hingegen wollen genau dort, wo sie wachsen aussamen dürfen und wehren sich mit allen Mitteln gegen das Gefressenwerden und produzieren viele Lektine als Fraßschutzstoffe, die dem Fraßfeind mittels Bauchgrimmen den Appetit gründlich verderben sollen. Wenn auch die spezielle Pflanze daran glauben muss, so wird sich das Tier beim nächsten Mal zumindest die anderen dieser Pflanzenart in Ruhe lassen. Lektine schützen die Pflanze aber auch vor schädlichen Insekten und Krankheitserregern wie Bakterien, Viren und Pilze.

Dummerweise besitzen die Lektine höchstwahrscheinlich die Fähigkeit der „molekularen Mimikry“. Das heißt, sie sind körpereigenen Proteinen sehr ähnlich, sodass das Immunsystem dann körpereigene Proteine mit den Lektinen verwechselt und sie attackiert. Hierbei spielen die TLRs (toll-like-receptors) eine große Rolle, die den Immunzellen helfen, „Freund von Feind“ zu unterscheiden. *Schlimmstenfalls kann die Zelle an den Lektinen zugrunde gehen.

Diese toxische und entzündungsfördernde Wirkung kann zu einem **undichten Darm führen (Leaky-Gut-Syndrom)**, Immunschwäche und Verwirrung desselben (Allergien, Nahrungsmittelunverträglichkeiten, chronische Ekzeme, einige neurodegenerative Erkrankungen, Autoimmunerkrankungen, wie Hashimoto und Rheumatoide Arthritis), aber auch Verschiebung des Hormongleichgewichts und daraus resultierende unerklärliche Gewichtszunahme, Blockierung von Signalwegen, Arteriosklerose (Arterienverkalkung) und vieles mehr.

Es gibt **giftige und ungiftige Lektine**, solche, die durch Verarbeitungsprozesse abgebaut werden können und solche, die leider stabil sind und wo keine Küchentricks helfen. Bei den giftigen Lektinen gibt es solche, die durch **Hitze** (z.B. Kochen unter Druck bzw. über 100°C) oder durch **Fermentation** (z.B. milchsauer Einlegen) zerstört werden, und es gibt welche, die ausreichend lange in der Evolution unserem Verdauungssystem bekannt sind, dass sich unsere Darmflora angepasst hat und sie

unschädlich machen kann. Das gilt allerdings nur für einen gesunden Darm.

* Es wird angenommen, dass über eine Stimulation von Toll-like-Rezeptoren ein Adjuvans-ähnlichen Effekt auf Zellen des Immunsystems ausgeübt wird, indem die Lektine mit Toll-like-Rezeptoren (TLRs) und anderen Pattern-Recognition-Rezeptoren (PRRs) interagieren und somit die Immunogenität und die immunostimulatorische Fähigkeit der Lektine erhöhen. Die Adjuvantien aktivieren die dendritischen Zellen mittels TLRs und stimulieren möglicherweise so die Aktivierung von zuvor ruhenden Lymphozyten, die sowohl den Mikroorganismen, Lektine als auch Selbstantigene erkennen.

Enthalten tierische Nahrungsmittel Lektine?

Ja, meint Dr. Gundry, und zwar, wenn diese artfremd mit lektinhaltigen Getreiden, Pseudogetreiden und Hülsenfrüchten wie Soja, Mais und Weizen gefüttert werden. So sollen sich die Lektine in Milch und Fleisch der Mast-Tiere wiederfinden und über diesen Umweg in unserem Körper ihr Unwesen treiben. Auch Fisch aus der Zucht bzw. lektinreicher Fütterung sei betroffen, genauso wie Bio-Fleisch – diese Tiere werden dann einfach mit Bio-Soja, Bio-Mais, etc. gemästet, welche leider nicht weniger Lektine enthalten als ihre nicht biologisch angebauten Verwandten. Unbedenklich und empfehlenswert ist also Biofleisch aus Grasfütterung.

Nachtschattengewächse – was ist das?

Die Pflanzenfamilie der Nachtschattengewächse (Solanaceae) besteht aus vielen hundert Pflanzenarten.

- Zierpflanzen (Petunie oder Engelstrome) (sic)
- Wildpflanzen (der Schwarze Nachtschatten, die Tollkirsche oder das Bilsenkraut)
- Tomaten
- Paprika
- Auberginen

- Kartoffeln
- Chili
- Gojibeere
- Physalis (Andenbeere)

Solanin in Nachtschattengewächsen

Neben den Lektinen enthalten Nachtschattengewächse nicht nur Lektine (in Kernen und Schale), sondern auch Solanin und zwar in den unreifen oder grünen Teilen. Solanin ist ein biochemischer Pflanzenstoff aus der Gruppe der Alkaloide. Leichte Vergiftungen machen Durchfall und Übelkeit, starke hingegen können zum Tod führen. Aber auch hier macht die Dosis das Gift! Vergiftungen mit Solanin kommen heute so gut wie nicht mehr vor, da moderne Tomaten- und Kartoffelsorten schon sehr solaninarm sind.

Wie kann ich mich vor Solanin schützen?

Bei Kartoffeln soll man darauf achten, keine grünen Knollen zu verwenden, bzw. jedes grüne Fleckchen vor dem Garen wegzuschneiden. Bei Paradeisern bzw. Tomaten nur vollreife Früchte verwenden und den grünen Stengelansatz entfernt. Das geht ganz einfach, indem man die Frucht halbiert und den grünen Stengelteil, der ins Fruchtfleisch ragt, dreiecksförmig herausschneidet. Eine Ausnahme bildet die grüne Tomate, die sortenbedingt auch im reifen, süßen Zustand dunkelgrün und ungiftig ist.

Bei welchen Erkrankungen hatte Dr. Gundry besonders gute Erfolge mit seiner lektinfreien Ernährung?

- metabolisches Syndrom
- Übergewicht/Adipositas
- Diabetes Typ II
- Bluthochdruck
- erhöhte Blutfettwerte
- Arterienverkalkung
- und andere Herz-/Kreislaufkrankungen

- Autoimmunerkrankungen (Rheumatoide Arthritis, Morbus Crohn, Colitis Ulcerosa, Hashimoto, Mb. Basedow, Vitiligo, Raynaud-Syndrom...)
- Reizdarmsyndrom

Dazu muss man bedenken, dass Dr. Gundry Herzchirurg ist und diese Diagnosen auch sein Schwerpunkt sind. Bei einer Autoimmunerkrankung bekämpft das Immunsystem körpereigene Strukturen als fremd und feindlich – und reagiert mit einer Entzündung. Und auch Arterienverkalkung ist die Folge einer schleichenden Entzündung der Gefäßwand. **Fazit: die lektinarme Ernährung wirkt antientzündlich** und wirkt daher bei einer bunten Vielzahl an Krankheiten.

Oft berichten Dr. Gundrys Patienten innerhalb von wenigen Wochen eine Verbesserung der Symptome. **Arthritis verschwindet, Blutzucker und Blutfette normalisieren sich, die Kilos purzeln** endlich wieder und sogar **verkalkte Gefäße** sollen wieder durchgängig werden. Zu schön um wahr zu sein? Ausprobieren, kann ich nur sagen...

Wer ist Dr. Gundry? Dr. Gundry ist ein pensionierter Herzchirurg, der viele Herztransplantationen durchgeführt hatte und dabei Erfahrung sammelte mit dem Zusammenhang zwischen Fremdeiweiss-Abstossung, Immunsystem und der Entzündungsneigung im Dünndarm.

Durch seine Erkenntnisse änderte er seine ärztliche Strategie: Statt zu warten, bis eine Herz-OP notwendig ist, verordnet er seinen Patienten eine Ernährungsumstellung und hat sensationelle Erfolge. Je weniger giftige Lektine verzehrt werden, desto weniger neigt der Dünndarm zu Entzündungen und den Selbstheilungskräfte steht nichts mehr im Wege. So können sich Arterienverkalkungen zurückbilden und die Herzkranzgefäße wieder durchgängig werden.

Als Beispiel nennt Dr. Gundry seinen Freund, den weltbekannten Motivationstrainer **Antony Robbins**, der mit Hilfe seiner

lektinfreien Kost verkalkte Herzkranzgefäße wieder frei bekommen hätte, seinen schweren Diabetes Typ II losgeworden sei und von seinem fortschreitenden Nierenversagen genesen durfte. Für Dr. Gundry sind nicht nur ungesunde Fette und Kohlenhydrate, sondern auch die **giftigen Lektine** für Gefäßverkalkung und Diabetes verantwortlich, die in bestimmten Pflanzen und auch im **Tierfleisch** und in den Milchprodukten zu finden sind, wenn diese Tiere mit lektinhaltigem Kraftfutter gemästet werden.

Das schlimmste Lektin soll das **WGA (Wheat Germ Agglutinin/Weizenkeimagglutinin)** sein. Laut Dr. Gould ist dieses vor allem im Weizen und im Speziellen in Vollkornprodukten, also in der Getreideschale vorhanden. Es kommt nicht von ungefähr, dass viele Menschen Auszugsmehlprodukte besser vertragen als Vollkorn.

Fettleibigkeit und das **metabolische Syndrom** (Übergewicht, Bluthochdruck, Hypercholesterinämie, Diabetes Typ II) sind laut Dr. Gundry maßgeblich durch Lektine ausgelöst.

Was macht WGA mit unseren Fettzellen? WGA bindet an den Insulin-Rezeptor von Fettzellen. Dies führt zu bestimmten Veränderungen, die in Hungerzeiten durchaus erwünscht sind: Bei Fettzellen induziert dies eine **permanente Fettspeicherung**. Die Fettzellen halten ihr Fett durch WGA hartnäckig fest, was WGA-Konsumenten automatisch Fett anlagern lässt. Dazu gibt's eine **Studie aus 1981** die das zu bestätigen scheint.

WGA an Muskelzellen und Nerven Muskel/Nerven-Zellen hingegen haben auch einen Insulinrezeptor, der, laut Dr. Gundry, von WGA blockiert würde. Muskelzellen bzw. Nervenzellen können keinen Zucker mehr aufnehmen, sodass man sich müde und schlapp, bzw. im Kopf wie vernebelt fühlt (Brain Fog).

Unser Darm – noch immer ein uriger „Jäger und Sammler“? Warum tun wir Menschen uns mit den Lektinen so schwer? Der Mensch stammt von Baumbewohnern ab, so wie unsere Verwandten, die

Primaten auch. Wir sind in erster Linie Blattesser, also grünes Blattgemüse, Kreuzblütler, eine kleine Menge Obst, Beeren, Wurzeln und Knollen mit einer kleinen Menge an tierischem Eiweiß, wenn wir einmal ein Tier erbeutet haben. Dies sind unsere wahren traditionellen Lebensmittel, an die unser Verdauungstrakt am besten angepasst ist.

Die Blätter von Bäumen und den genannten Pflanzen sind zweikeimblättrige Pflanzen, während die Gräser einkeimblättrige Pflanzen sind. Einkeimblättrige Pflanzen sind für uns weniger gut verdaulich. Dazu gehören neben den eigentlichen Gräsern auch sämtliche Getreidesorten, inklusive bestimmte Hirsegewächse. All diese enthalten Lektine, die unseren Gedärmen zu schaffen machen können.

Das Essen von Getreidekörnern z.B. ist entwicklungsgeschichtlich eine sehr junge Errungenschaft der Menschheit, nämlich, als wir begannen anstatt nur zu sammeln und zu jagen, sesshaft zu werden und Ackerbau zu betreiben. Laut Dr. Gundry sind die 10.000 Jahre nicht genug, damit unser Verdauungstrakt sich daran hätte anpassen können. Dieser ist bis heute ein „Jäger-und-Sammler-Darm“ geblieben. (Allerdings soll Getreide schon viel früher vom Menschen kultiviert worden sein.). Auf jeden Fall ist anzunehmen, dass die Glutenverträglichkeit umso größer ist, je länger die Menschen einer Region glutenhaltiges Getreide kultiviert haben.

Unter diesem Aspekt der missglückten Anpassung ist es vielleicht etwas klarer, warum uns Getreide aller Art nicht optimal zuträglich sind. Und nicht nur wegen dem berühmtesten aller Lektine, dem Gluten. Nagetiere (Mäuse, Ratten) hingegen hatten ca. 40 Millionen Jahre Zeit, um sich an die Fraßschutzstoffe der Getreide zu gewöhnen.

Gute Milch – schlechte Milch?

Eine Mutation in den Kühen (**Kasein A-1**): Durch eine Mutation in der Rinderzucht produzieren die s.g. „nordischen“

Rinderrassen A-1-Kasein. Dieses wird in ein lektinähnliches Protein (Beta-Casomorphin) umgewandelt, was **Autoimmunreaktionen** auslösen kann. Südländische Kühe hingegen haben in ihrer Milch nur **A-2-Kasein**, welches kaum Autoimmunreaktionen auslösen soll. Leider ist die Studienlage noch nicht eindeutig, dennoch ist die A2-Kasein-Milch und -Milchprodukte einen Versuch wert – zumindest für Menschen mit Kuhmilchunverträglichkeit, Autoimmunerkrankungen, Allergien etc.

Was heißt das für die Praxis?

- leider sind unsere mittel- und nordeuropäischen Kuhrassen „nordisch“. So ist unser Kuhmilchmozzarella nicht geeignet, aber Büffelmozzarella hingegen schon.
- keine Kuhmilchprodukte von A1-Kasein-Kühen, außer diejenigen, die großteils aus Fett bestehen (Schlagobers/Sahne, Butter, Sauerrahm/Schmand, Kaffeeobers, Crème fraîche, Butterschmalz, Ghee...)
- Milchprodukte nur von A2-Kasein-Kühen bzw. Schafen, Büffeln, Ziegen, welche laut Dr. Gundry auch A2-Kasein statt A1-Kasein enthalten.
- In Österreich gibt es Bauern, die sich auf A2-Kasein-Milch spezialisiert haben. Ab November 2018 ist diese in österreichischen Supermärkten und ab Hof erhältlich. (siehe Link unten)

Genetisch manipulierte Organismen (**GMO**), Antibiotika, Chemie, Medikamente, künstliche Süsstoffe, Zusatzstoffe, hormonell wirkende Substanzen aus Plastik, etc. können unser **Mikrobiom ungünstig beeinflussen**. Bei den GMO („Genpflanzen“) werden sogar noch zusätzliche Lektine als **‘natürliches’ Pflanzenschutzmittel** in Pflanzen eingezüchtet... welche dann auch umso negativere Folgen für uns haben.

Fazit: nach Möglichkeit nur naturbelassene Nahrung zu sich nehmen, keine Fertigprodukte essen, keine genmanipulierten Nahrungsmittel, möglichst alles in **Bio-Qualität** kaufen. Auswärts essen nur in Lokalen, die möglichst wenig

Convenience- und Fertigprodukte verwenden.

Wieso ist Dr. Gundry so gegen das Vollkorngetreide?

Das bekannteste aller Lektine ist GLUTEN Dr. Gundry meint, dass es schon seit Ägyptern und Griechen einen Wettlauf um das weißeste Mehl und in Asien um den weißesten Reis gab und nennt die Lektine als Grund. Referenzen führt er für diese Aussage jedoch keine an. Er kritisiert Vollkorn als neomodische Erscheinung, insbesondere wenn das volle Korn z.B. als kaltgequetschte Flocken im Müsli kalt zubereitet wird. Er meint, dass bis 1945 kein Europäer oder Asiate kalt zubereitete Cerealien gegessen hätte – bis diese von amerikanischen Truppen in diesen Länder eingeführt wurden (Gundry nennt aber keine Referenz). Eine andere Interpretationsvariante ist, dass das Schälen von Reis und Getreide mehr der besseren Haltbarkeit und dem sozialen Status geschuldet sei als den Lektinen.. Lassen wir das vorerst einmal so im Raume stehen. Fakt ist allerdings, dass die **Lektine** bei den Getreiden und Pseudogetreiden besonders **konzentriert in der Schale** vorkommen. **Fazit:** Besser Auszugsmehle und weißen Reis als Vollkorngetreide und Vollkornreis – schlechter Rat, was die Nährstoffe betrifft – guter Rat, was die Lektine betrifft...

Es muss nicht immer nur Gluten der Sündenbock sein – WGA (Wheat Germ Agglutinin/Weizenkeimagglutinin)

So wie Dr. Gundry hat ein weiterer Herzchirurg aus den USA v.a den **Vollkorn-Weizen**, „**des Teufels Geschenk an uns Menschen**“ genannt und durch eine Weizen-Eliminations-Diät ebenfalls Patienten geholfen: William Davis erklärt dies in seinem **Buch** „**Die Weizenwampe**“.

Er beschreibt einleuchtend, dass **Weizenlektin und WGA Gewichtszunahme verursachen** könne, weil es den Insulinhaushalt störe und somit die fettaufbauenden Hormone unterstützen soll. Die durchschnittliche Phytinsäureaufnahme wird beim

Erwachsenen je nach Ernährungsgewohnheit auf 0,3 – 3,0 g pro Tag geschätzt (Schlemmer 1995).

Phytinsäure Diese kommt vor allem in der Randschicht der Körner vor und dient der Pflanze bei der Keimung als Energielieferant. Für uns ist diese Substanz allerdings leicht giftig, da sie Verdauungsenzyme wie die Amylase und im Darm die Aufnahme von **Eisen, Zink und Calcium hemmt**. Beim Keimen wird das Enzym Phytase aktiviert, das die Phytine spaltet und abbaut. Weichen wir Getreide oder Hülsenfrüchte oder Samen ein, „glauben“ diese, keimen zu dürfen und bauen schädliche Phytine ab.

Deshalb ist Brot am verträglichsten, wenn der Teig mehrerer Stunden gehen darf. Dies ist bei der langsamen Sauerteig-Methode der Fall. Es gibt Bäckereien, die darauf spezialisiert sind.

Was sagen die Gegenstimmen? Man hat mittlerweile sogar positive Effekte der Phytine nachgewiesen: Indem das Enzym Amylase gehemmt wird, welches Stärke zu Zucker aufspaltet. Dadurch steigt der Blutzuckerspiegel langsamer. In Tierversuchen wurde außerdem ein krebsschützender Effekt nachgewiesen. Die Gegenstimmen aus den Reihen der DiätologInnen raten trotz der Lektine und Phytine zu Vollkornprodukten.

Glutenfreie Ernährung -auch manche glutenfreie Pseudogetreide enthalten Lektine!

Leider fallen unter die lektinreichen Pflanzen auch die Getreidesubstitute wie die **glutenfreien Pseudogetreide, Amaranth, Quinoa, Teff und Buchweizen**. Eine Ausnahme bildet die klassische Hirse, allen voran die Sorgumhirse, die von Natur aus lektinärmer ist und an die wir uns bereits gut anpassen konnten.

Hirse ist nämlich das älteste bekannte Getreide. Auf allen Kontinenten war es lange Zeit das Hauptnahrungsmittel der Menschen. Schon vor 10.000 Jahren wurde aus **Hirse** ungesäuertes

Fladenbrot hergestellt. Der Name „Hirse“ stammt aus dem Altgermanischen (Hirsa, Hirso, Hirsi) und leitet sich von einem indogermanischen Wort für „Sättigung, Nahrung, Nahrhaftigkeit“ ab.

Der Küchentrick, um Pseudogetreide lektinfrei zu bekommen:Über Nacht einweichen, Wasser abgießen, dann im Druckkochtopf auf Stufe zwei 10 Min im Einsatzbehälter garen. Die Lektine in den genannten Pseudogetreiden sind hitzeempfindlich und werden unter Druck und Temperaturen ab 120°C inaktiviert. Dies schafft der **Dampfdruckkochtopf** in wenigen Minuten.

Hülsenfrüchte sind Lektinbomben!Als Ackerbauern der Urzeit begannen wir, die Hülsenfrüchte für uns zu entdecken. Diese zeichnen sich, so wie auch Getreide, durch ihre Lagerungsfähigkeit aus – DER Überlebensvorteil für die kalte Jahreszeit!Die damaligen Hülsenfrüchte waren Ackerbohnen. Die **Ackerbohne** ist seit ca. 5.000 bis 8.000 Jahren im Mittelmeerraum bekannt und seit 2.000 Jahren auch in Zentraleuropa. Sie ist somit unsere traditionelle Nahrung, an die wir angepasst sind und deren Lektine für uns verträglicher sind als die der Gartenbohnen, Käferbohnen oder Feuerbohnen, welche aus Mittel- und Südamerika stammen und erst vor wenigen Jahrhunderten nach Europa kamen.

Allgemein gilt, dass alle Hülsenfrüchte, also Bohnen, Linsen, Sojabohnen, Kichererbsen, Erdnüsse etc., so viele Lektine (Phasin, Phytohämagglutinin, Sojabohnen-Lektin, Erdnuss-Agglutinin, Linsen-Lektin) enthalten, dass sie in rohem oder auch noch im unzureichend gekochtem Zustand praktisch giftig sind.Der Trend der modernen Küche, Gemüse möglichst „knackig“ zuzubereiten, führt auch dazu, dass der Bohnensalat oder die -beilage aus halbrohen Bohnen und Fisolen (grünen Bohnen) besteht. Leider wird dies in vielen Restaurants praktiziert. Ich rate: übriglassen oder zurückschicken.

Der Küchentrick, um den Lektin Gehalt von Hülsenfrüchten zu minimieren:Bohnen, Linsen, Kichererbsen etc. über Nacht

einweichen, das Wasser weggießen, im Druckkochtopf auf Stufe zwei 10 bis 15 Minuten kochen.

Erbsen und **Erbsenschoten** sind eine **Ausnahme**, die praktisch kaum Lektine enthalten und angeblich sogar roh oder nicht ganz gar genossen werden können.

Einweichzeiten: Bohnen, Linsen, Kichererbsen: ca. 12 Stunden
Amaranth, Quinoa, Buchweizen: ca. 6 Stunden

Was ist mit Nüssen?

„Echte“ Nüsse botanisch gesehen: Nicht alles, was wie eine Nuss aussieht, ist auch botanisch korrekt betrachtet eine Nuss. Bei echten Nüssen ist der Same von einer holzartigen Schale eingehüllt (Schließfrüchte). Sie fallen vom Baum samt der Schale.

Dazu zählen die **Haselnüsse, Walnüsse oder Macadamianüsse und die Maroni**. Wir essen also den Samen der Frucht. Die **Paranuss** ist eigentlich keine Nuss, sondern eine Kapsel Frucht, bei der das Fruchtfleisch verholzt ist. Wir essen den Samen. **Pinienkerne** sind die Samen der Pinienzapfen. **Pistazien** und **Pekannüsse** sind auch keine Nüsse, sondern Steinfrüchte, wie die Zwetschke, Kirsche, Pfirsich und Olive. Hier verholzt die innere Fruchtwand. Wir essen also den Kern und nicht den Samen.

Bei **Mandeln** sind die Lektine vor allem in der braunen Schale zu finden. Daher Mandeln schälen. Dann trocknen oder dörren. Mandelmehl aus geschälten Mandeln ist empfehlenswert.

Erdnüsse: sind ebenso keine Nüsse, sondern Hülsenfrüchte. Sie sind also mit Erbsen, Bohnen, Linsen verwandt und enthalten besonders viele Lektine und Phytinsäure und sind daher im rohen Zustand giftig.

Was ist mit Obst? Unreifes Obst enthält massenhaft schädliche Lektine, die beim natürlichen Reifungsprozess abgebaut werden.

Denn die Pflanze will ja, dass nur die reifen, keimfähigen Samen verspeist und vertragen werden. Sobald die Frucht reif ist, nimmt der Mutterbaum die Lektine heraus und ändert die Farbe sodass sie signalisiert, "Iss mich!" und schmeckt nun plötzlich süß.

Hier reduziert also die Mutterpflanze auch die Lektine, welche in den Samen und der Schale zu finden sind, und zwar zeitgleich mit dem Farbwechsel und dem Zuckergehalt der Frucht. Die künstlichen Nachreifungstechniken bewirken leider keinen ausreichenden Lektinabbau. Essen Sie daher nur saisonales, reif geerntetes Obst! Gleichzeitig ist auch die Schale des Samens ausgehärtet, um unbeschadet den Trip durch den Verdauungstrakt zu überstehen.

Achtung, Übersetzungsfehler! Im Buch „Böses Gemüse“ werden Dampfgarer, Schnellkochtopf und **Dampfdrucktopf**, Druckkochtopf als Synonyme verwendet. Das ist falsch! Dampfgarer und Schnellkochtopf zu vergleichen ist so ähnlich wie der Vergleich zwischen Staubsauger und Besen, beide dienen dazu, den Fußboden sauber zu machen. Schnellkochtöpfe werden auch als Dampfdrucktöpfe oder Druckkochtöpfe bezeichnet. Der Schnellkochtopf kocht schnell bei hohem Druck und Temperaturen über 100°C. Man kann Eisätze verwenden, sodass das Gargut nur mit dem Dampf in Berührung kommt. Die Dampfgarer hingegen garen langsam und schonender, ebenso in Dampf, aber bei gerade 100°C und Normaldruck. Der Druckkochtopf ist etwas „deftiger“, weil die Dampftemperatur höher als 100°C erreicht. Das ist auch der Grund, warum Lektine nur im Druckkochtopf zerstört werden.

Sind Lektine nur schlecht?

Nein, 1.) es gibt schädlichere und weniger schädliche Lektine. 2.) es gibt Menschen, die auf die Lektinwirkungen sensibler reagieren als andere.

Dies hängt sicher von der genetischen Veranlagung ab, aber

auch wie vorgeschädigt der Organismus ist. Ist das Immunsystem durch Autoimmunerkrankungen, Allergien, chronischen Entzündungen, einer vorgeschädigten Darmwand etc. bereits fehlgesteuert, können Lektine im „bösen Gemüse“ das Zünglein an der Waage sein.

Die gute Nachricht: hier gilt auch der Umkehrschluss: Je gesünder Sie sind bzw. werden, desto mehr Lektine werden sie ohne wesentlichen gesundheitlichen Schaden zu nehmen vertragen.

Das heißt, wenn Sie unter Rheuma leiden und sich einige Monate strikt an eine antientzündliche, basenüberschüssige und lektinfreie Ernährung halten, Ihren Darm saniert haben und alle Nährstoffmängel aufgefüllt haben, dann können Sie peu a peu wieder Paradeiser, Melanzani, Gurken, Paprika und Zucchini essen, ohne sie schälen und entkernen zu müssen und auch wieder Bohnen, unfermentierte Sojaprodukte, Mais und Brot und Nudeln essen, ohne auf lektinzerstörende Zubereitungsarten achten zu müssen. Zum Beispiel können Sie dann wieder problemlos auswärts essen, ohne, dass sie Ihre Gelenke in den nachfolgenden Tagen mit Steifigkeit und Schmerzen bestrafen werden.

3.) Auch in Bezug auf die Lektine gilt immer noch, wie meistens in der Medizin: „Die Dosis macht das Gift.“

Fazit: Je gesünder und robuster ein Mensch ist, desto besser verträgt er Lektine, je kränker oder sensibler der Mensch ist, desto wichtiger ist für ihn eine lektinarme Ernährung.

4.) Bestimmte Lektine sind mächtige Heilssubstanzen

Bitterstoffe sind Lektine in kleinen (!) Mengen, die stimulierend wirken auf Verdauungsenzyme, -säfte und schützen die Leber. Lektine aus der Mistel z.B. unterstützen in der Krebstherapie das Immunsystem.

Warum leiden gerade heutzutage so viel Menschen an

„Unverträglichkeiten“? Ist das eine Modeerscheinung oder eine Nebenwirkung des modernen Lebens? Dr. Gundry ist der Meinung, dass unser Immunsystem seit ca. 50 Jahren mit neuen Herausforderungen konfrontiert ist, auf die es hypersensibilisiert wird: Modifikationen im Essen, Nahrungsmittelzusätze, Medikamente, Umweltgifte, Plastik, „Chemie“ und Mikroplastik in Kosmetika und Hygieneprodukten, Waschmittel etc. Das halte auch ich für sehr plausibel. Häufig ist das Immunsystem mit diesen neuen Belastungen überfordert, wodurch es auch gegenüber normalen Substanzen wie Nahrungsmittel überreagiert und diese bekämpft.

Fazit für die Praxis laut Dr. Gundry

- Fermentieren (Soja, Gemüse milchsauer einlegen, Quinoa einweichen und dann fermentieren lassen...)
- Einweichen von Samen, Kernen (Sonnenblumenkerne, Kürbiskerne, Mandeln, Chiasamen...) über Nacht einweichen, dann bei 50°C 1 Tag lang trocknen, ev. rösten.
- Bei Mandeln sind die Lektine vor allem in der braunen Schale zu finden. Daher Mandeln schälen. Dann trocknen oder dörren. Mandelmehl aus geschälten Mandeln ist empfehlenswert.
- Hülsenfrüchte vor dem Kochen über Nacht einweichen, 10-15 Min. im Druckkochtopf garen.
- Nur reif geerntetes Obst essen.
- Sprossen: Samen und Kerne 3 bis 6 bis 12 bis 24 Stunden (je nach Samengröße) einweichen, im Sprossenglas einige Tage keimen und sprossen lassen, bis der Spross mindestens 2 Zentimeter lang ist.
- Keinen Vollkornreis essen.
- Keinen Mais und Maisprodukte essen.
- Kein Fleisch von Getreide-, Mais- und Sojagemästeten Tieren essen
- Nachtschattengewächse wie Paradeiser/Tomaten, Melanzani, Paprika und Pfefferoni, aber auch Kürbisgewächse (Curcubita) wie Melonen, Kürbise, Gurken und Zucchini

schälen und die Kerne entfernen. Tomaten und Paprika zu diesem Zweck ev. blanchieren und die Schale abziehen. Tomatenkerne mit einem Teelöffel herausschälen.

Quinoa backen:Quinoa über Nacht in Wasser einweichen, frisches Wasser in den Schnellkochtopf füllen, Quinoa im Einsatz 5 Minuten kochen, sobald der Druck erreicht ist. Überschüssiges Wasser abgießen, Quinoa in die Küchenmaschine mit rotierendem Messer geben und zur glatten Masse verarbeiten. Dann die Masse dünn und flach auf einen Pizzastein oder ein befettetes oder mit Backpapier ausgelegtes Backblech legen und hellbraun backen.

Bohnen und Linsen von Lektinen befreien:über Nacht in Wasser einweichen, frisches Wasser in den Schnellkochtopf füllen, Hülsenfrüchte im Einsatz ca 15 Minuten kochen, sobald der Druck erreicht ist. Dann überschüssiges Wasser abgießen.

Garzeiten im Schnellkochtopf:

Art	Lebensmittel	Minuten	Stufe	Kommentar
Hülsenfrüchte (400 Gramm)	Erbsen (getrocknet)	12 – 15	2	
	Bohnen (eingeweicht)	15-20	2	
	Limabohnen	15-20	2	
	Kuhbohnen	15-20	2	
	Rote Bohnen	15-20	2	
	Rote Kidneybohnen	15-20	2	
	Ackerbohne	15-20	2	
	Sojabohnen	15-20	2	
	Weißer Bohnen (eingeweicht)	15-20	2	
	Linsen (eingeweicht)	10 – 15	2	

Pseudogetreide	Buchweizen – eingeweicht	6 – 7	2	
	Hirse – eingeweicht	6 – 7	2	

quelle:www.kochen-essen-wohnen.de

Lektinarme Hülsenfrüchte: Erbsen, Erbsenschoten und die Ackerbohne

Übrigens: Die von Hülsenfrüchten verursachten Blähungen gehen nicht auf´s Konto der Lektine. Hülsenfrüchte enthalten Mehrfachzucker, die schlecht verdaulich sind und daher den Dickdarmbakterien als Nahrung dient. Dabei entstehen die Gase. Diese Mehrfachzucker werden durch ausreichend langes Einweichen teilweise ausgewaschen, was die Bekömmlichkeit der Hülsenfrüchte fördert.

Nachtschatten- und Kürbisgewächse von Lektinen befreien:entkernen und schälen.

Das Schälen geht ganz leicht, wenn die Nachtschattenfrüchte zuerst blanchiert (für 1 Minute in kochendes Wasser gelegt oder für 5 Minuten im Dampfgarer bei 100 Grad oder bei Heißluft mit 160 Grad erhitzt werden.Anschließend 3 Minuten in einem Gefrierplastikbeutel oder besser in einem abgedichtetem Gefäß ruhen lassen. Dann lässt sich die Schale ganz leicht abziehen.

Resistente Stärke schützt vor giftigen Lektinen

Leider enthalten wie gesagt auch Nachtschattengewächse, Kartoffel, und Brot, Nudeln und andere Getreidemehlprodukte viele ungünstige Lektine.

Aber zum Glück können wir auch hier den Schaden begrenzen.Die

Lösung heißt „Resistent Stärke“. Diese entsteht durch bestimmte Behandlung von stärkehaltigen Nahrungsmitteln. Darüber können Sie in einem eigenen Blogartikel mehr lesen.

Resistente Stärke soll die Aufnahme der mitgelieferten Lektine im Darm zumindest teilweise blockieren. Kartoffel, die ja als Nachtschattengewächse auch Lektine enthalten oder Nudeln und auch Brot, halten ihre Lektine im Darm quasi fest, wenn sie als resistente Stärke zubereitet werden: Garen – Abkühlen lassen bzw. einfrieren – erneut aufwärmen und dann erst essen. Oder die Nudeln nur „al dente“ kochen. Die sich beim Abkühlprozess vernetzenden Stärkemoleküle halten die Lektine sozusagen „gefangen“, sodass sie im Darm nicht so leicht ihr Unwesen treiben können und langsamer oder gar nicht – so wie die vernetzte, resistente Stärke selbst auch – freigesetzt werden, bzw. unverdaut ausgeschieden werden.

Außerdem nährt resistente Stärke bestimmte schützende Darmbakterien, die sehr empfindlich sind und als Probiotika – im Gegensatz zu vielen anderen Darmflora-Keimen – nicht zugeführt werden können (*Akkermansia muc.* oder *Faecalibakt. prausn.* z.B.).

Angeblich sollen die modernen Kartoffelsorten so lektinarm sein, sodass diese unbedenklich verzehrt werden können.-----

Kurz und bündig die Kernaussage von Dr. Stephen Gondrys Buch namens „Pflanzenparadoxon“ („The Plant Paradox“, „Böses Gemüse“): Dr. Stephen Gundry beschreibt die versteckten Gefahren in „gesunden“ Lebensmitteln, die durch bestimmte Lektine, die in vielen pflanzlichen Lebensmitteln wie z.B. in Leguminosen (Hülsenfrüchten) wie Bohnen, Linsen, Sojabohnen, Erdnüssen, Cashews (!), Nachtschattengewächse, wie Tomaten, Paprika, Pfefferoni, Melanzani und Kürbisgewächsen, wie Gurken, Kürbisse, Zucchini etc., aber in auch bestimmten Kernen, „Nüssen“ und Samen vorkommen (Mandeln, Kürbiskerne,

Sonnenblumenkerne...)

Diese Lektine sollen für Gewichtszunahme, Autoimmunerkrankungen, Diabetes, Reizdarmsyndrom und das „Leaky-Gut-Syndrom“ (löchrige Darmwand), Herz-Kreislaufkrankungen, welche mit Arteriosklerose (Gefäßverkalkung) einhergehen und neurodegenerative Krankheiten mitverantwortlich sein.

Hier die PDF-Dateien der Yes- und No-Listen in deutscher Übersetzung: Diese sind **Yes-Liste (2 Seiten)** **No-Liste (1 Seite)**

Was sagen die Gegenstimmen?

Dr. Joel Fuhrman, zum Beispiel, beschuldigt Dr. Gundry der Verantwortungslosigkeit, den Menschen Pflanzenkost zu vergraulen, die seit Jahrtausenden in der Praxis und auch in neuesten Studien wissenschaftlich sich als gesundheitsfördernd herausgestellt hat.

Hülsenfrüchte sind wertvolle Eiweißlieferanten, Pilze enthalten Lektine, die das Krebswachstum stoppen und immunstärkend wirken. Ebenso wurden krebshemmend wirkende Lektine in Bananen, der Jackfrucht, im Buchweizen und in Favabohnen gefunden. Bohnen wirken zudem antidiabetisch.

Die Gundry'sche Lektintheorie sei wissenschaftlich nicht haltbar. Dr. Joel Fuhrman meint, dass es hunderte Studien gäbe, die zeigten, dass eine pflanzenbasierte Ernährung viel gesünder sei als die normale „Western Style Diet“. Dr. Fuhrmann wirft Dr. Gundry vor, Verwirrung zu stiften und einer Öffentlichkeit zu schaden, die ohnehin meist viel zu wenig Pflanzen in ihre Ernährung einbaut. Und diesen Menschen wolle man nun auch noch das bisschen Gemüse, das auf den Tisch kommt, vergraulen.

Dr. Fuhrman räumt allerdings schon ein, dass Menschen in

bestimmten Fällen einfach überempfindlich und negativ auf bestimmte Lektine reagieren können, nämlich dann, wenn der Darm geschädigt oder das Immunsystem fehlgeleitet sei, so wie es bei entzündliche Darmerkrankungen, Darmkrebs oder Autoimmunerkrankungen der Fall sei. Fazit: Gemüse sind unbedenklich und empfehlenswert, außer bei Vorschäden des Darmes und des Immunsystems, dann können lektinhaltige Gemüsesorten schaden.

Soweit so gut. **Wenn Sie gesund sind, können Sie also praktisch alle Gemüse unbedenklich essen und ohne weiteres in die 2/3-Regel Ihrer Nahrung miteinbauen.** Aber – chronische Darmsschädigungen sind nicht nur in meiner Praxis an der Tagesordnung und Autoimmunerkrankungen sind im Vormarsch. Für all diese Betroffenen gilt: Reduzieren Sie den Lektinegehalt von Getreide, Samen, Früchten und Gemüsen reduzieren, indem Sie die **Küchentricks** anwenden. Und auch hier gilt die Regel: **„Die Dosis macht das Gift...“**

*Arteriosklerose: Von Neu5Ac und Neu5Gc

Dr. Gundry postuliert, dass unsere Blutgefäße mit einem lektinbindenden Zuckermolekül **'Neu5Ac'** ausgekleidet sind. Nun liegt laut Dr. Gundry das Problem bei **'Neu5Gc'**, ein ganz ähnliches Molekül, das u.a. Schweine, Rinder und Schafe besitzen. Neu5Ac und Neu5Gc sind chemisch fast gleich. Unser Immunsystem neigt dazu, Antikörper gegen Neu5Gc zu bilden. Nun verwechselt unsere Immunabwehr unser eigenes Neu5Ac mit Neu5Gc und greift unsere eigenen Blutgefäße an.

Inspiriert von Dr. Helmut Retzek, <http://www.homeopathy.at/?s=lektineBlog-Seite> von Konstantin Kirsch <http://www.konstantin-kirsch.de/2017/09/ernaehrung-fuer-ein-nachhaltiges-leben-gundry-style.html> und HC Fricke's Blog. Eine Liste der guten und schlechten Lebensmittel ist in

der deutschen Ausgabe Dr.Gundrys Buches „Böses Gemüse“ zu finden
https://www.youtube.com/watch?time_continue=252&v=_rm7YlrcDBo
<https://www.youtube.com/watch?v=Ra4Jn5vwjlk>

A2 -

Kasein-Milch: (<https://www.tips.at/news/inzersdorf-im-kremstal/land-leute/402949-zwei-familien-investieren-in-oesterreichweit-einzigartige-kuhmilch>)

mein Affiliatelink zum Buch:

Jetzt starte ich ein Sportprogramm – aber wie?





Michael Latzke, Personal Trainer

Gastblogbeitrag Michael Latzke, Personal Trainer

Tägliche Aktivität und Trainingsstart □□□□

Die täglich fortschreitende Technologisierung unserer Gesellschaft geht mit einer Verringerung der körperlichen

Aktivität einher. Laut einer Studie der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist Bewegungsmangel vor allem in industrialisierten Ländern stark verbreitet. Weltweit bewegen sich jede 3. Frau und jeder 4. Mann zu wenig.

Noch vor wenigen Jahren musste man aufstehen, um am Fernsehapparat einen Sender auswählen oder über das Festnetz telefonieren zu können. Durch Fernbedienung, Mobiltelefon und Sprachsteuerung funktionieren solche Prozesse heute, ohne einen einzigen Schritt zu machen.

Wissenschaftler haben errechnet, dass allein dadurch circa 150 Kilometer pro Jahr eingespart werden. Das entspricht einem Energiewert von bis zu 6000 Kilokalorien. Etwas vereinfacht gesagt, bedeutet das: Werden diese eingesparten Kalorien nicht verbraucht, nimmt man pro Jahr 0,8 Kilogramm zu.

Dieser drastische Rückgang an körperlicher Aktivität bewirkt einen deutlichen Anstieg diverser Zivilisationskrankheiten wie beispielsweise erhebliche Übergewichtsprobleme, Bluthochdruck und Diabetes Mellitus.



Die WHO empfiehlt daher, basierend auf diversen Studien, 10.000 Schritte täglich zurück zu legen.

Das entspricht einer Strecke von circa 6 bis 8 Kilometern. Der somit erhöhte Energie-/Kalorienverbrauch hilft beim Abnehmen, verbessert diverse Blutwerte und vermindert das Diabetes Mellitus-, Krebs- und Herzinfarkttrisiko.

Ärzte und Wissenschaftler empfehlen weiters, diesen Mangel an Bewegung durch gezielte körperliche Aktivität auszugleichen. Darüber hinaus sollte die körperliche Leistungsfähigkeit durch ein gezieltes Training langfristig gesteigert werden. Sportliches Training gilt als wirksamstes „Medikament ohne Nebenwirkung“, denn es besteht so gut wie keine Kontraindikation für gesteigerte körperliche Aktivität.



Ein häufiger Fehler zu Trainingsbeginn ist eine Über- oder Unterforderung. Eine Überforderung hat zur Folge, dass beispielsweise Gelenke oder die Wirbelsäule zu schmerzen beginnen. Es kann auch zu einem übertriebenen Muskelkater (Mikrorisse in einzelnen Muskelfasern) oder sogar zu einem Übertraining kommen. Ein Übertraining bewirkt unter anderem Abgeschlagenheit, verstärkte Müdigkeit oder auch eine erhöhte

Infektanfälligkeit.

Im Gegensatz dazu kommt es bei einer Unterforderung zu keiner sichtbaren Leistungssteigerung und diverse Trainingsbeziehungsweise Fitnessziele werden nicht erreicht. Jede Trainingsbelastung, egal ob Ausdauertraining oder Krafttraining muss eine bestimmte Intensität (Anstrengungsgrad) erreichen um Anpassungen im Organismus (Herz-Kreislaufsystem, Muskulatur,...) zu bewirken.

Damit diese Fehler nicht auftreten, wurden in der Sportwissenschaft einige Kriterien entwickelt, die für ein nachhaltiges und gesundheitsorientiertes Training wichtig sind.



Zwei dieser sogenannten Trainingsprinzipien werden in Folge vorgestellt. **Prinzip des trainingswirksamen Reizes**

Körperliche Aktivität muss eine bestimmte Intensität überschreiten, damit ein Leistungszuwachs erzielt werden kann.

Reizstufenregel	
Reizintensität:	Wirkung:
Unterschwellige Reize →	Keine Wirkung
Schwach überschwellige Reize	→ Funktionserhaltend
Stark überschwellige Reize →	Optimale Anpassungserscheinungen
Zu starke Reize →	Funktionsschädigend

Bei Ausdauertraining wird häufig eine zu unterschwellige Intensität gewählt, bei welcher man sich dann nur im sogenannten „Regenerationsbereich“ befindet. In diesem Trainingsbereich kommt es zu keiner wirklichen Leistungssteigerung. Um einer Verbesserung zu erzielen, sollte mindestens im Grundlagenausdauerbereich trainiert werden. Die Herzfrequenz für diesen Trainingsbereich ist von Person zu Person unterschiedlich und kann nicht mit einem fixen Wert pauschal festgelegt werden.



Im Krafttraining verhält es sich ähnlich. Damit von einem tatsächlichen Krafttraining gesprochen werden kann, muss die Intensität mindestens 30% der individuellen Maximalkraft erreichen. Hierfür ein Beispiel: eine Person kann ein Gewicht von 50kg maximal einmal bewältigen. Von dieser Maximalkraft sind die 30% dann 15kg. Es muss also mit mindestens 15kg trainiert werden, um eine merkbare muskuläre Anpassung zu erzielen. Wird mit niedrigerem Gewicht trainiert kann nicht mehr von Krafttraining gesprochen werden. Somit sollte bei einem zielgerichteten Krafttraining jede einzelne Übung individuell abgestimmt werden.



Prinzip der ansteigenden Belastung

Das Prinzip der ansteigenden (progressiven) Belastung ergibt sich aus dem Zusammenspiel von Belastung, Anpassung und Leistungssteigerung. Nach diesem Grundsatz müssen die konditionellen Anforderungen der trainierenden Person systematisch gesteigert werden. Bleiben Trainingsbelastungen über einen längeren Zeitraum konstant, dann verlieren sie ihre Wirksamkeit für die Leistungssteigerung.

Gleichbleibende Belastungen tragen demnach nur zum Erhalt der Leistungsfähigkeit bei, nicht aber zu ihrer Steigerung. Möchte man also seine Leistung steigern, muss in entsprechenden Abständen eine Belastungserhöhung erfolgen.

Möglichkeiten zur Erhöhung der Belastungsanforderungen:

- Erhöhung des Umfanges Bspw.: von 2 x 45 Minuten pro Woche auf 2 x 60 Minuten pro Woche erhöhen
- Anhebung der Intensität Bspw.: Krafttraining mit höheren Widerständen durchführen
- Komplexere Übungsausführung Bspw.: Kniebeuge anstatt am Boden auf einer Gleichgewichtsplatte durchführen



Der Trainingsstart Für einen wirklich zielgerichteten und effektiven Trainingsprozess ist es wichtig, dass das Training von Beginn an individuell abgestimmt wird. Jede Person bringt verschiedene Voraussetzungen mit und startet mit einer unterschiedlichen Leistungsfähigkeit. Es gilt unter anderem abzuklären, ob das Herzkreislaufsystem ausreichend belastbar ist.

Hierfür bietet sich die jährliche kostenfreie Gesundenuntersuchung an. Weiters muss der Zustand des passiven Bewegungsapparates in die Trainingsplanung mit einfließen. Es macht einen großen Unterschied ob eine Person schmerzfrei trainieren kann, oder ob es Probleme mit der Wirbelsäule oder diversen Gelenken (Knie, Hüfte, Schulter,...) gibt. Nachdem diese Punkte abgeklärt wurden, ist es wichtig den individuellen Leistungszustand zu ermitteln. Hierfür gibt es unterschiedliche Wege (von simplen Standardübungen bis zu einer sportmedizinischen Leistungsdiagnostik). Es macht Sinn

verschiedene motorische Fähigkeiten (Kraft, Ausdauer, Beweglichkeit, Koordination) durchzutesten, um hier ein umfassendes Bild des Ist-Zustandes zu erhalten. Im Weiteren spielen die zeitlichen Trainingsressourcen und die Trainingsziele eine entscheidende Rolle. Wichtig ist natürlich, dass diverse Trainings- und Fitnessziele realistisch gesetzt werden, damit die Personen nicht mit der Zeit enttäuscht oder demotiviert sind. Erst durch planmäßiges und vor allem regelmäßiges Training über einen längeren Zeitraum können die Ziele erreicht werden. All diese Puzzlestücke sollten anschließend zusammengefügt werden und das individuelle Training kann gestartet werden.



Gerade zu Beginn des Trainingsprozesses ist es wichtig, dass man gut auf seinen Körper hört und Signale wie beispielweise Gelenkschmerzen oder Kopfschmerzen ernst nimmt.

Jede Person hat eine unterschiedliche

Belastungsverträglichkeit. Das bedeutet, eine Person geht beispielsweise 30 Minuten Laufen und hat keine Beschwerden. Im Gegensatz dazu läuft eine weitere Person dieselbe Strecke über 30 Minuten und bekommt davon starke Knieschmerzen. Diese Individualität gilt es zu beachten. Die Grundvoraussetzung für ein gesundes und effektives Training ist natürlich, dass diverse Übungen korrekt durchgeführt werden. Beispielsweise sollte bei Kraftübungen darauf geachtet werden, dass die Position des Rumpfes oder auch der Schultern richtig gewählt wird. Bei Laufanfängern oder auch schon Fortgeschrittenen können ebenso Probleme am Bewegungsapparat (Knie, Lendenwirbelsäule,...) auftreten.

Dem liegt meist eine unsaubere Lauftechnik oder auch muskuläre Dysbalancen (Ungleichgewichte) zugrunde.

Damit es gerade zu Trainingsbeginn nicht zu diesen Beschwerden kommt, macht es Sinn, sich gerade für den Trainings-Start professionelle Unterstützung beispielsweise von einem Sportwissenschaftler oder einem erfahrenen Personal Trainer zu holen (www.michael-latzke.at).



Tipps für den Trainingsstart

- realistische Trainings- bzw. Fitnessziele setzen
- Trainingstermine als Fixpunkte im Kalender eintragen
- Unter- bzw. Überforderung vermeiden

- Training auf die eigenen individuellen Gegebenheiten anpassen
 - zu Trainingsbeginn stets aufwärmen / mobilisieren
 - Kraftübungen sauber und konzentriert durchführen
 - professionelle Unterstützung in Anspruch nehmen Viel Erfolg! Gastbeitrag von: Mag. Michael Latzke Sportwissenschaftler, Referent & Personal Trainer mit privater Trainingspraxis www.michael-latzke.at
-

Ist Kokosöl wirklich das reinste Gift?

Kokosöl ist das reinste Gift!

Ein YouTube-Video, das diese Meinung unterstützt, zeigt eine Professorin der Uniklinikum Freiburg, Frau **Professor Dr. Michels**, die in einem Vortrag gegen das Kokosöl argumentiert. Das hat eine Welle des Protestes im Internet ausgelöst und zu vielen "Gegenstimmen-Videos" geführt (Kokosöl und andere Ernährungssirrtümer – Prof. Michels | Uniklinik Freiburg).

<https://www.youtube.com/watch?v=Kkc-SQsa0Tk> (leider nur ein Ausschnitt, der Link des gesamten Vortrags ist inzwischen ungültig (?))

Hier ist meine persönliche Meinung zu diesem Thema:

Kokosöl besteht praktisch nur aus gesättigten Fetten und ist daher grundsätzlich **als alleinige Fettquelle nicht zu empfehlen**. Ebenso unterstütze ich den Hype um Kokosöl nicht, der dieses Fett als mehr oder weniger Allheilmittel darstellt.

ABER:

Was nehme ich denn zum Erhitzen/Anbraten?

Die meisten **Pflanzenöle** mit ihren im kalten Zustand gesunden ungesättigten Fettsäuren werden bei Temperaturen jenseits der 70°C zu giftigen Transfettsäuren umgebaut. Und zwar je höher der Anteil an ungesättigten Fettsäuren ist, desto höher ist letztendlich die Transfettsäuren-Konzentration.

Auf diese Weise wird über 70°C erhitztes **Leinöl** richtiggehend giftig.

Ist Olivenöl die Lösung?

Olivenöl wird nur wenig "giftig", da es auch nur einfach ungesättigte Fettsäuren enthält (Ölsäure). Aber dennoch – auch daraus entstehen ein paar Transfettsäuren.

Nun kursiert die Empfehlung, eben ein billiges, also heiß gepresstes, nicht aus Erstpressung gewonnenes Olivenöl zum Braten und schwimmend Ausbacken zu verwenden. Tja, da sind dann wohl die Transfette schon in der Ölmühle entstanden...Fazit: Olivenöl nach dem Zubereiten auf's Essen geben.

Eine weitere bekannte Empfehlung ist es, **Rapsöl** zum Erhitzen zu verwenden. Rapsöl enthält viele gesunde, ungesättigte Omega 6 und Omega 3 Fettsäuren. Also – kalt in den Salat – wunderbar! Das Steak damit anbraten – NEIN!

Die Rapsöl Firmen empfehlen aber das Gegenteil. Wenn jemand aus der Leserschaft eine bewiesene Erklärung für mich hat, warum gerade die ungesättigten Fette aus dem Rapsöl auf wundersame Weise hitzestabil sein sollen, dann lasse ich mich gerne eines Besseren belehren.

Was ist denn nun zum Erhitzen geeignet?

Da bleiben zum gesunden, transfettfreien Braten nur Fette, die möglichst wenige oder praktisch keine ungesättigten, sondern nur gesättigte Fettsäuren enthalten.

Das sind **Butter** bzw. **Butterschmalz** (Ghee), **Schweineschmalz**,

Palmöl oder eben – Kokosöl.

Nachteile haben dennoch auch hier fast alle:

Butter hat einen niedrigen Rauchpunkt und kann nicht hoch erhitzt werden, bevor sie verbrennt. Butterschmalz ist hier besser, weil das Eiweiß abgeschöpft wurde.

Schweineschmalz ist nicht jedermanns Sache und hat obendrein viel Cholesterin, wäre aber grundsätzlich keine schlechte Alternative.

Palmöl und leider auch Kokosöl haben keinen besonders guten ökologischen Fußabdruck, werden in nicht-bio Qualität stark "gespritzt", sind aber ausgezeichnet zum Erhitzen geeignet.

Wenn ich persönlich das geringste aller Übel wählen soll, dann entscheide ich mich für **biologisches Kokosöl**.

Denn auch hier **macht die Dosis das Gift** – 1 Teelöffel bis 1 Esslöffel zum Anbraten sind gesundheitlich absolut vertretbar.

Im Gegenteil, ausschließlich Fette mit hochungesättigten Fettsäuren zu verzehren ist ebenso schädlich, wie nur auf die gesättigten Fette zu zählen. Wir brauchen einen gewissen Anteil an gesättigten Fetten für unsere Lipidbalance (siehe Blogartikel).

Mein persönliches Fazit:

Kokosöl in Maßen ist zum Braten und schwimmend Ausbacken empfehlenswert.

Ich freue mich auf weitere Diskussionsbeiträge

Ihre

Dr. Veronika Königswieser

Medxslim-Magazin