



Kommentare der Deutschen Gesellschaft für Ernährung zu

Guideline: Sugars intake for adults and children (WHO, Draft guidelines on free sugars released for public consultation, 5 March 2014)

Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V.

Bonn, 31. März 2014

Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung hat im Jahr 2006 und 2011 evidenzbasierte Leitlinien zur Prävention veröffentlicht (www.dge.de/leitlinie). Für die evidenzbasierte Leitlinie: Kohlenhydratzufuhr und Prävention ausgewählter ernährungsmitbedingter Krankheiten (Hauner et al. 2012) hat sie rund 400 Studien ausgewertet. Sie stellt in Bezug auf Adipositas fest, dass die Evidenz für einen Zusammenhang mit der Zufuhr von Mono- und Disacchariden unzureichend ist, während es für zuckergesüßte Getränke eine wahrscheinliche Evidenz für eine Risikoreduktion bei Erwachsenen und eine mögliche bei Kindern gibt. Demzufolge hat die DGE in ihre lebensmittelbezogenen Empfehlungen den Hinweis aufgenommen, zuckergesüßte Getränke nur selten zu trinken.

Die von der WHO im vorliegenden Guideline-Entwurf geforderten weiteren Untersuchungen von Risikobeziehungen wurden in der DGE-Leitlinie vorgenommen (Diabetes mellitus Typ 2, Dyslipoproteinämien, Hypertonie, Metabolisches Syndrom, koronare Herzkrankheit, Krebskrankheiten). Umso mehr wundert es, dass diese international verfügbare Leitlinie im Guideline-Entwurf der WHO keine Erwähnung findet .

Bezogen auf die Adipositasprävention lassen weder die DGE-Leitlinie noch die den Aussagen in der WHO-Guideline zugrunde liegende Meta-Analyse von Te Morenga et al. (2013) den Schluss zu, dass Zucker damit in einem kausalen Zusammenhang steht, da ein isokalorischer Austausch von Zucker gegen andere Kohlenhydrate nicht mit einer Gewichtsveränderung assoziiert war. Dass bei ad libitum Ernährung ein höherer Zuckerkonsum zu einem Gewichtsanstieg beiträgt, ist plausibel. Das trifft aber genauso für

den Fettkonsum zu (Deutsche Gesellschaft für Ernährung 2006) und ist ein Effekt der Energiedichte der Nahrung (Bechthold 2014).

Auch das Gremium für diätetische Produkte, Ernährung und Allergien (NDA-Gremium) der Europäischen Behörde für Lebensmittelsicherheit (EFSA) konnte im Hinblick auf feste Lebensmittel keinen Zusammenhang zwischen einer hohen Zufuhr von Zuckern (vorwiegend zugesetzten Zuckern) und Gewichtszunahme feststellen (EFSA 2010).

Dass es einen Zusammenhang zwischen der Menge und der Häufigkeit der Zufuhr von freien Zuckern und der Entstehung von Karies gibt, ist belegt. Zucker wird allerdings selten allein, sondern zumeist als Bestandteil von verschiedenen Lebensmitteln verzehrt. In Studien konnten Zusammenhänge zwischen der Häufigkeit des Konsums zuckerhaltiger Lebensmittel und Karies gezeigt werden (EFSA 2010, Geurtsen et al 2013). Daher empfiehlt die Deutsche Gesellschaft für Zahnerhaltung den Verzehr von zuckerhaltigen Lebensmitteln und Getränken grundsätzlich einzuschränken, die Frequenz zuckerhaltiger Zwischenmahlzeiten und Getränke zu vermindern (nicht mehr als 4 Zwischenmahlzeiten) und bevorzugt zuckerfreie Zwischenmahlzeiten und Getränke auszuwählen (Geurtsen et al 2013). Die WHO-Guideline fokussiert lediglich den Zuckeranteil an der Energiezufuhr, ohne den wichtigen Aspekt der Frequenz des Zuckerkonsums zu thematisieren. Dies ist aus Public-Health-Sicht jedoch von großer Bedeutung und sollte unseres Erachtens ergänzt werden.

Eine Dosis-Wirkungs-Beziehung zwischen Zuckerkonsum und Karies abzuleiten, erscheint schwierig. Für verbraucherpolitische Empfehlungen wäre es wünschenswert, einen Richtwert angeben zu können. In der Publikation von Moynihan und Kelly „Effect on Caries of Restricting Sugars Intake: Systematic Review to Inform WHO Guidelines“ wurde auf der Basis einer systematischen Auswertung von Studien versucht, eine entsprechende Empfehlung für den Zuckerkonsum abzuleiten. Auf der Basis einer moderaten Evidenz aus Beobachtungsstudien wurde ein Richtwert für die Zuckerzufuhr von maximal 10 % abgeleitet („Moderate-quality evidence for the effect of restricting intake of free sugars to less than 10% of total energy intake on dental caries in adults and children“). Auf der Grundlage der von der WHO mitgeprägten Richtlinien der evidenzbasierten Ernährung wäre eine stärkere Evidenz notwendig, um handlungsbezogene Empfehlungen abzuleiten. Ernährungsempfehlungen auf Basis moderater Evidenz abzuleiten, macht diese angreifbar, sie könnten durch interessen-geleitete Gruppen noch stärker diskreditiert werden, als dies bisher schon der Fall ist.

In Bezug auf Karies gibt des Weiteren die Fokussierung allein auf „Zucker“ Anlass zur Kritik. Neben Ernährungsansätzen gibt es nach den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung sechs weitere parallele Strategien zur Kariesprophylaxe: mechanische Biofilmentfernung; chemische Biofilmbeeinflussung; professionelle Zahnreinigung und Prophylaxeprogramme; Speichelstimulation durch Kaugummikauen; Fluoridierungsmaßnahmen sowie Fissurenversiegelungen. Der parallele Einsatz aller sechs Strategien zur Kariesprophylaxe führt – wie in Deutschland – nachweislich zu einer erheblichen Absenkung der Kariesinzidenz. In der WHO-Leitlinie fehlt dieser ganzheitliche Ansatz völlig. Selbst wenn dieser Ansatz ggf. nur für die Industrieländer möglich ist, sollte er nicht außer Acht gelassen werden, um einer einseitigen Sichtweise vorzubeugen. Auch sollte in der WHO-Guideline stärker auf Unterschiede und damit das mögliche Potenzial der Wirksamkeit einer

Zuckerreduktion in Ländern mit und ohne wirksame Präventionsmaßnahmen hingewiesen werden.

Ernährungsempfehlungen sollten sich nicht allein auf ein(en) Nährstoff/Lebensmittel konzentrieren, sondern die Kombination im Blick haben. Die DGE-Leitlinie zur Kohlenhydratzufuhr (Hauner et al. 2012) hat gezeigt, dass weniger die Quantität als viel mehr die Qualität der Kohlenhydratzufuhr für die primäre Prävention von ernährungsmitbedingten Krankheiten bedeutsam ist. Somit sollte in einer dem Energiebedarf angepassten Ernährung der Art der Kohlenhydrate besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden. Einer hohen Ballaststoffzufuhr wird aufgrund der Ergebnisse der DGE-Leitlinie ein großes Potenzial in der Prävention ernährungsmitbedingter Krankheiten zugesprochen. Die Zufuhr von Ballaststoffen insgesamt und vor allem die von Vollkornprodukten als ballaststoffreiche Lebensmittel senkt die Risiken für diverse ernährungsmitbedingte Krankheiten und sollte erhöht werden. Damit verringert sich der Energieanteil, der über Zucker/zuckerreiche Lebensmittel zugeführt werden kann. Wo die Grenze liegt bzw. ob es möglich und zielführend ist, einen Grenzwert für die Zuckerzufuhr abzuleiten, müsste in weiteren Untersuchungen geklärt werden.

Literatur:

Bechthold A. Food energy density and body weight. A scientific statement from the DGE. Ernährungs Umschau 2014; 61: 2-11. DOI 10.4455/eu.2014.002

Deutsche Gesellschaft für Ernährung (Hrsg.): Fettkonsum und Prävention ausgewählter ernährungsmitbedingter Krankheiten – Evidenzbasierte Leitlinie. Bonn (2006). www.dge.de/leitlinie

European Food Safety Authority (EFSA). Scientific Opinion on Dietary Reference Values for carbohydrates and dietary fibre. EFSA Journal 2010; 8(3):1462

Geurtsen W et al. für die Deutsche Gesellschaft für Zahnerhaltung (DGZ). Grundlegende Empfehlungen zur Kariesprophylaxe im bleibenden Gebiss. Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift DZZ 2013; 68: 639-46

Hauner et al. Evidence-Based Guideline of the German Nutrition Society: Carbohydrate Intake and Prevention of Nutrition-Related Diseases. Ann Nutr Metab 2012; 60 (suppl 1): 1-58; <http://www.karger.com/Article/FullText/335326>

Moynihan P.J., Kelly S.A. Effect on caries of restricting sugars intake: Systematic review to inform WHO guidelines. J Dent Res 2014, 93: 8-18

Te Morenga L., Mallard S., Mann J. Dietary sugars and body weight: Systematic review and meta-analyses of randomised controlled trials and cohort studies. Brit J Med 2013; 346: e7492