

Autor Jahr, Land Studienname	Studientyp und Studienzeitraum [bei Kohorten mittleres Follow-up]	Fälle zur Analyse	Studien-population Geschlecht Alter	Abschätzung der Exposition	Exposition / Nahrungsfaktor	Endpunkt	Anzahl der Kategorien	Effektschätzer	P für Trend	Adjustierung
Anderson et al. 2005, k.A.	Meta-Analyse k.A.	Männer und Frauen aus 7 populationsbasierten Kohortenstudien	152291 in Studien zu Ballaststoffen Männer und Frauen k.A.	k.A.	BS, gesamt	2 Studien zu tödlichen KHK, 5 zu KHK-Ereignissen		RR (95% CI) 0,71 (0,47; 0,95)	k.A.	k.A.
			180261 in Studien zu Vollkornprodukten Männer und Frauen k.A.	k.A.	Vollkornprodukte	2 Studien zu tödlichen KHK, 2 zu KHK-Ereignissen		RR (95% CI) 0,72 (0,49; 0,94)	k.A.	k.A.
			136502 in Studien zu Ballaststoffen aus Cerealien Männer und Frauen k.A.	k.A.	BS aus Cerealien	4 zu KHK-Ereignissen		RR (95% CI) 0,84 (0,62; 1,05)	k.A.	k.A.
Barclay et al. 2008, USA (25 Studien), Kanada (5), Australien (2), Europa (5)	Meta-Analyse 5-6 Jahre	Meta-Analyse von 37 prospektiven Kohorten, davon 2 Studien zu KHK Literatursuche: Humanstudien im Zeitraum von Januar 1981 bis März 2007 Probanden ohne Vorgeschichte bzgl. Endpunkt-Erkrankung Frauen: 90,4% Männer: 9,6%	76167 in Studien zu KHK Männer und Frauen 38-75 Jahre	FFQ 126 items Diet history (2-4 Wochen)	GI	Herzkrankheit	Vergleich höchste vs. niedrigste Quantile GI (keine weiteren Angaben)	Rate Ratio (95% CI) 1,25 (1,00-1,56)	0,050	Alter, Geschlecht, Krankheitsgeschichte der Familienmitglieder, BMI, Rauchen, Alkoholzufuhr, körperliche Aktivität, Ballaststoffe, Medikation, Supplemente
					GL	Herzkrankheit	Vergleich höchste vs. niedrigste Quantile GL (keine weiteren Angaben)	Rate Ratio (95% CI) 1,57 (0,87-2,84)	0,14	Alter, Geschlecht, Krankheitsgeschichte der Familienmitglieder, BMI, Rauchen, Alkoholzufuhr, körperliche Aktivität, Ballaststoffe, Medikation, Supplemente
Bazzano et al. 2003, USA National Health and Nutrition Examination Survey I (NHANES I) Epidemiologic Follow-up Study	Kohorte, prospektiv 19 Jahre	Erwachsene, die zu Beginn der Studie kein CVD und KHK hatten	9248 Männer und Frauen 25-74 Jahre	24-h Recall	BS (löslich)	KHK-Inzidenz	Quartile der BS-Zufuhr (löslich, g/1735 kcal) Q1: < 1,3 Q2: 1,3-2,3 Q3: 2,4-4,0 Q4: > 4,0 Veränderung der Zufuhr löslicher BS um 5 g/1735 kcal/d	RR (95% CI) 1,00 1,04 (0,92; 1,17) 0,88 (0,78; 1,00) 0,85 (0,74; 0,98) 0,92 (0,87; 0,97)	0,004 0,004	Alter, Geschlecht, ethnische Gruppe, Bildungsgrad, systolischer Blutdruck, Serumcholesterol, Diabetes mellitus, körperliche Aktivität, Rauchen, Alkoholzufuhr, BMI, SFA
						KHK-Mortalität	Quartile der BS-Zufuhr (löslich, g/1735 kcal) Q1: < 1,3 Q2: 1,3-2,3 Q3: 2,4-4,0 Q4: > 4,0 Veränderung der Zufuhr löslicher BS um 5 g/1735 kcal/d	RR (95% CI) 1,00 0,95 (0,76; 1,20) 0,80 (0,62; 1,05) 0,76 (0,60; 0,97) 0,91 (0,83; 0,99)	0,01 0,03	Alter, Geschlecht, ethnische Gruppe, Bildungsgrad, systolischer Blutdruck, Serumcholesterol, Diabetes mellitus, körperliche Aktivität, Rauchen, Alkoholzufuhr, BMI, SFA
Esrey et al. 1996, USA Lipid Research Clinics Prevalence Follow-Up Study	Kohorte, prospektiv 12,4 Jahre	Nordamerikanische Erwachsene, die zu Beginn der Studie keine KHK hatten Aufteilung in zwei Altersgruppen: 30-59 Jahre: 3925 60-79 Jahre: 621	3925 Männer und Frauen 30-59 Jahre	24-h Recall	KH	KHK-Mortalität (30-59 Jährige)	Regressionsanalyse mit der KH-Zufuhr (EN%) als unabhängige Variable	Regressionskoeffizient β -0,036 RR (95% CI) 0,96 (0,94; 0,99)	< 0,05	Alter, Geschlecht, Energiezufuhr, Serum-Cholesterol, HDL, Systolischer Blutdruck, Raucherstatus, BMI, Glucoseintoleranz

Autor Jahr, Land Studienname	Studientyp und Studienzeitraum [bei Kohorten mittleres Follow-up]	Fälle zur Analyse	Studien-population Geschlecht Alter	Abschätzung der Exposition	Exposition / Nahrungsfaktor	Endpunkt	Anzahl der Kategorien	Effektschätzer	P für Trend	Adjustierung
			621 Männer und Frauen 60-79 Jahre	24-h Recall	KH	KHK-Mortalität (60-79 Jährige)	Regressionsanalyse mit der KH-Zufuhr (EN%) als unabhängige Variable	Regressionskoeffizient β 0,016 RR (95% CI) 1,02 (0,98; 1,05)	n.s.	Alter, Geschlecht, Energiezufuhr, Serum-Cholesterol, HDL, Systolischer Blutdruck, Raucherstatus, BMI, Glucoseintoleranz
Fung et al. 2009, USA Nurses' Health Study (NHS)	Kohorte, prospektiv 24 Jahre	US-amerikanische Krankenschwestern, die zu Beginn der Studie kein KHK, Schlaganfall oder Diabetes hatten	88520 Frauen 34-59 Jahre	FFQ, 61 items (ab 1984 erweiterter FFQ, 116 items)	SSB	Herzinfarkt (nicht tödlich) oder KHK-Mortalität	Steigerung der Zufuhr um 2 Portionen	RR (95% CI) SSB gesamt: 1,28 (1,14; 1,44) Colagetränke: 1,35 (1,15; 1,57) Fruchtnektare bzw. Fruchtsaftgetränke: 1,33 (1,03; 1,71)	< 0,001 < 0,001 0,03	Alter, Rauchen, Alkoholzufuhr, Herzinfarkt der Eltern vor 60. LJ, körperliche Aktivität, Aspiringebrauch, menopausaler Status, Einnahme postmenopausaler Hormone, Hypertonie, Hypercholesterolämie, AHEI
Garcia-Palmieri et al. 1980, Puerto Rico Puerto Rico Heart Health Program (PRHHP)	Kohorte, prospektiv 6 Jahre	Puerto-ricanische Männer aus der Umgebung von San Juan, die zu Beginn der Studie kein KHK hatten Aufteilung in zwei Altersgruppen: 45-54 Jahre 55-64 Jahre Aufteilung nach geographischer Lage: Ländliche Bevölkerung (1/3) Städtische Bevölkerung (2/3)	8218 Männer 45-64 Jahre	24-h Recall	KH	MI (nicht tödlich) oder KHK-Mortalität (45-64 Jährige, städtische + ländliche Bevölkerung)	Regressionsanalyse mit der KH-Zufuhr als unabhängige Variable	Regressionskoeffizient β -0,0011	n.s.	KH, Alkohol, systolischer Blutdruck, Serumcholesterol, Rauchen, Blutglucose
						MI (nicht tödlich) oder KHK-Mortalität (ländliche Bevölkerung)	Regressionsanalyse mit der KH-Zufuhr als unabhängige Variable	Regressionskoeffizient β -0,0009	n.s.	KH, Alkohol, systolischer Blutdruck, Serumcholesterol, Rauchen, Blutglucose
						MI (nicht tödlich) oder KHK-Mortalität (ländliche Bevölkerung)	Regressionsanalyse mit der KH-Zufuhr als unabhängige Variable	Regressionskoeffizient β -0,0013	n.s.	KH, Alkohol, systolischer Blutdruck, Serumcholesterol, Rauchen, Blutglucose
						MI (nicht tödlich) oder KHK-Mortalität (städtische Bevölkerung)	Regressionsanalyse mit der KH-Zufuhr als unabhängige Variable	Regressionskoeffizient β -0,0037	< 0,05	KH, Alkohol, systolischer Blutdruck, Serumcholesterol, Rauchen, Blutglucose
						MI (nicht tödlich) oder KHK-Mortalität (städtische Bevölkerung)	Regressionsanalyse mit der KH-Zufuhr als unabhängige Variable	Regressionskoeffizient β 0,0005	n.s.	KH, Alkohol, systolischer Blutdruck, Serumcholesterol, Rauchen, Blutglucose
Gordon et al. 1981, Puerto Rico, USA Framingham Study; Honolulu Heart Study; Puerto Rico Heart Health Program (PRHHP)	Kohorte, prospektiv 6 Jahre	Honolulu Heart Study: Männer japanischer Abstammung, die auf Hawaii lebten und zu Beginn der Studie kein KHK hatten	7272 Männer 45-64 Jahre	24-h Recall	Stärke	KHK (tödlich und nicht-tödlich)	Regressionsanalyse mit Stärke als unabhängige Variable	Regressionskoeffizient -0,15	< 0,05	Alter, relatives Gewicht, systolischer Blutdruck, Serumcholesterol, Rauchen, Alkohol, Stärke, Japanisch lesen oder schreiben, Diabetes
						Herzinfarkt (nicht tödlich) und KHK-Mortalität	Regressionsanalyse mit Stärke als unabhängige Variable	Regressionskoeffizient -0,22	< 0,05	Alter, relatives Gewicht, systolischer Blutdruck, Serumcholesterol, Rauchen, Alkohol, Stärke, Japanisch lesen oder schreiben, Diabetes
						PRHHP: Puerto-ricanische Männer aus der Umgebung von San Juan, die zu Beginn der Studie kein KHK hatten	8218 Männer 45-64 Jahre	24-h Recall	Stärke	KHK (tödlich und nicht-tödlich)
							Herzinfarkt (nicht tödlich) und KHK-Mortalität	Regressionsanalyse mit Stärke als unabhängige Variable	Regressionskoeffizient -0,12	n.s.

Autor Jahr, Land Studienname	Studientyp und Studienzeitraum [bei Kohorten mittleres Follow-up]	Fälle zur Analyse	Studien-population Geschlecht Alter	Abschätzung der Exposition	Exposition / Nahrungsfaktor	Endpunkt	Anzahl der Kategorien	Effektschätzer	P für Trend	Adjustierung				
					Stärke aus Erbsen und Bohnen	KHK-Inzidenz	Regressionsanalyse mit Stärke aus Erbsen und Bohnen als unabhängige Variable	Regressionskoeffizient -0,13	n.s.	Alter, relatives Gewicht, systolischer Blutdruck, Serumcholesterol, Rauchen, Alkohol, Stärke aus Erbsen und Bohnen, Wohngebiet, Blutglucose				
						Herzinfarkt (nicht tödlich) und KHK-Mortalität	Regressionsanalyse mit Stärke aus Erbsen und Bohnen als unabhängige Variable	Regressionskoeffizient -0,25	< 0,01	Alter, relatives Gewicht, systolischer Blutdruck, Serumcholesterol, Rauchen, Alkohol, Stärke aus Erbsen und Bohnen, Wohngebiet, Blutglucose				
Halton et al. 2006, USA Nurses' Health Study (NHS)	Kohorte, prospektiv 20 Jahre	US-amerikanische Krankenschwestern, die zu Beginn der Studie keine KHK hatten	82802 Frauen 34-59 Jahre	SFFQ, 61 items (ab 1984 erweiterter SFFQ, ca. 122 items)	KH	KHK-Inzidenz (tödlich und nicht-tödlich)	Dezilen der KH-Zufuhr D1 (niedrigste) D2 D3 D4 D5 D6 D7 D8 D9 D10 (höchste)	RR (95% CI) 1,0 1,07 (0,86; 1,34) 1,21 (0,97; 1,51) 1,09 (0,87; 1,37) 1,09 (0,86; 1,38) 1,26 (1,00; 1,58) 1,15 (0,91; 1,46) 1,24 (0,98; 1,57) 1,28 (1,01; 1,62) 1,22 (0,95; 1,56)	0,06	Alter, BMI, Rauchen, Einnahme postmenopausaler Hormone, körperliche Aktivität, Alkoholzufuhr, Einnahme Multivitamin- oder Vitamin E-Supplemente, Aspiringebrauch, Bluthochdruck, Hypercholesterolemie, MI der Eltern, Proteine, BS aus Cerealien, Gesamtkalorien				
Howard et al. 2009, USA The Women's Health Initiative Randomized Controlled Dietary Modification Trial (WHI)	Intervention, randomisiert 8,1 Jahre	postmenopausale Frauen 2 Gruppen: 1) Intervention: Ernährungsumstellung mit Hilfe von Ernährungsberatung auf 20En% Fett, gesteigertem Obst-, Gemüse- und Getreideverzehr auf mindestens 5 Portionen/d 2) Kontrolle: gewöhnliche Ernährung (lediglich Informationsblatt mit Ernährungsempfehlungen)	48835 Frauen (Interventionsgruppe 19541; Kontrolle 29294) 50-79 Jahre	FFQ	KH	KHK Inzidenz (tödlich und nicht tödlich)	erhöhte KH-Zufuhr (Interventionsgruppe 53,9 EN % und Kontrollgruppe 43,9 EN %)	HR (95% CI) 0,94 (0,86; 1,02)	k.A.	Alter, Hormontherapie und KHK-Vorgeschichte				
Jakobsen et al. 2009, Dänemark Pooling Project of Cohort Studies on diet and coronary disease	Meta-Analyse mit Datenpooling 4-10 Jahre	Männer und Frauen, die an den 11 verschiedenen europäischen und amerikanischen Studien des 'Pooling Project of Cohort Studies on Diet and Coronary Disease' teilgenommen haben	306244 Männer und Frauen 37-76 Jahre	FFQ und 'dietary history interview'	Ersatz von 5 EN% SFA in der Nahrung durch 5 EN% KH	KHK (nicht tödlich)	KH für SFA	HR (95% CI) 1,07 (1,01; 1,14)	k.A.	Zufuhr von MUFAs, PUFAs, Trans-Fettsäuren, Proteinen und KH in EN%, Gesamtenergiezufuhr, Alter, Angabe der Jahreszahl für das Einsenden des ausgefüllten Fragebogens, Rauchen, BMI, körperliche Aktivität, höchster Schulabschluss, Alkoholzufuhr, Vorgeschichte in Bezug auf Bluthochdruck, energieangepasste Quintilen für die Ballaststoffzufuhr und Cholesterolzufuhr				
						KHK - Mortalität	KH für SFA	HR (95% CI) 0,96 (0,82; 1,13)	k.A.					
						Frauen, die an den 11 verschiedenen europäischen und amerikanischen Studien des 'Pooling Project of Cohort Studies on Diet and Coronary Disease' teilgenommen haben	215006 176036 27026 Frauen 38-76 Jahre < 60 ≥ 60	FFQ und 'dietary history interview'	Ersatz von 5 EN% SFA in der Nahrung durch 5 EN% KH		KHK (nicht tödlich)	KH für SFA 38-76 Jahre < 60 Jahre ≥ 60 Jahre	HR (95% CI) 1,00 (0,89; 1,12) 0,98 (0,86; 1,12) 1,09 (0,88; 1,36)	k.A.
											KHK - Mortalität	KH für SFA 38-76 Jahre < 60 Jahre ≥ 60 Jahre	HR (95% CI) 0,86 (0,65; 1,13) 0,91 (0,62; 1,34) 0,80 (0,61; 1,06)	k.A.
						Männer, die an den 11 verschiedenen europäischen und amerikanischen Studien des 'Pooling Project of Cohort Studies on Diet and Coronary Disease' teilgenommen haben	91238 66405 24833 Männer 37-74 Jahre	FFQ und 'dietary history interview'	Ersatz von 5 EN% SFA in der Nahrung durch 5 EN% KH		KHK (nicht tödlich)	KH für SFA 37-74 Jahre < 60 Jahre ≥ 60 Jahre	HR (95% CI) 1,11 (1,02; 1,20) 1,12 (1,00; 1,24) 1,14 (1,00; 1,29)	k.A.

Autor Jahr, Land Studienname	Studientyp und Studienzeitraum [bei Kohorten mittleres Follow-up]	Fälle zur Analyse	Studien-population Geschlecht Alter	Abschätzung der Exposition	Exposition / Nahrungsfaktor	Endpunkt	Anzahl der Kategorien	Effektschätzer	P für Trend	Adjustierung	
			< 60 ≥ 60			KHK - Mortalität	KH für SFA 37-74 Jahre < 60 Jahre ≥ 60 Jahre	HR (95% CI) 1,03 (0,86; 1,24) 1,08 (0,82; 1,43) 1,03 (0,80; 1,33)	k.A.		
Lagiou et al. 2007, Schweden Women's Lifestyle and Health cohort study	Kohorte, prospektiv 12 Jahre	Frauen, die aus der Uppsala Health Care Region in Schweden rekrutiert wurden	42237 Frauen 30-49 Jahre	FFQ, 80 items	KH	KHK - Mortalität	Abnahme der KH-Zufuhr (pro Dezile)	HR (95% CI) 1,10 (0,96; 1,26) Risiko für vorzeitigen Tod (nicht nur KHK-Mortalität): 1,06 (1,00; 1,12)	k.A. k.A.	Größe, BMI, Rauchen, körperliche Aktivität, Bildungsstand, Energiezufuhr, SFA, Alkohol	
Levitan et al. 2007, Schweden Cohort of Swedish Men	Kohorte, prospektiv 6 Jahre	Schwedische Männer aus Västmanland und Örebro, die zu Beginn der Studie weder Diabetes noch CVD hatten	36246 Männer 45-79 Jahre	FFQ, 96 items	GI	MI-Inzidenz	Quartile des GI (Median) Q1: 73,0 Q2: 76,6 Q3: 79,3 Q4: 82,9	RR (95% CI) 1,00 0,91 (0,77; 1,07) 0,96 (0,82; 1,13) 0,99 (0,84; 1,17)	0,93	BMI, körperliche Aktivität, Bluthochdruck, MI in der Familie vor 60. LJ, Aspiringebrauch, Rauchen, Familienstand, Bildungsstand, Gesamtenergiezufuhr, KH-Zufuhr, SFA, PUFA, Alkoholzufuhr, Zufuhr BS aus Cerealien	
						CVD-Mortalität	Quartile des GI (Median) Q1: 73,0 Q2: 76,6 Q3: 79,3 Q4: 82,9	RR (95% CI) 1,00 0,98 (0,80; 1,21) 0,93 (0,74; 1,15) 1,09 (0,88; 1,36)			0,46
						GL	MI-Inzidenz	Quartile der GL (Median) Q1: 180 Q2: 204 Q3: 223 Q4: 250	RR (95% CI) 1,00 0,91 (0,77; 1,08) 1,02 (0,83; 1,25) 1,04 (0,80; 1,34)	0,65	BMI, körperliche Aktivität, Bluthochdruck, MI in der Familie vor 60. LJ, Aspiringebrauch, Rauchen, Familienstand, Bildungsstand, Gesamtenergiezufuhr, KH-Zufuhr, SFA, PUFA, Alkoholzufuhr, Proteinzufuhr, Zufuhr BS aus
						CVD-Mortalität	Quartile der GL (Median) Q1: 180 Q2: 204 Q3: 223 Q4: 250	RR (95% CI) 1,00 0,93 (0,74; 1,17) 1,06 (0,81; 1,37) 1,13 (0,81; 1,56)	0,39	BMI, körperliche Aktivität, Bluthochdruck, MI in der Familie, Aspiringebrauch, Rauchen, Familienstand, Bildungsstand, Gesamtenergiezufuhr, KH-Zufuhr, Zufuhr SFA, Zufuhr PUFA, Proteinzufuhr, Alkoholzufuhr, Zufuhr BS aus Cerealien	
Liu et al. 2000, USA Nurses' Health Study (NHS)	Kohorte, prospektiv 10 Jahre	US-amerikanische Krankenschwestern, die zu Beginn der Studie kein Diabetes, MI, Angina pectoris, Schlaganfall oder CVD hatten	75521 Frauen 38-63 Jahre	SFFQ, 126 items	KH (gesamt)	Herzinfarkt (nicht tödlich) oder KHK-Mortalität	Quintile der KH-Zufuhr (gesamt, Mittelwert ± SD, g/d) Q1: 144 ± 20 Q2: 171 ± 11 Q3: 186 ± 11 Q4: 200 ± 11 Q5: 226 ± 20	RR (95% CI) 1,00 1,02 (0,80; 1,29) 1,09 (0,84; 1,42) 1,03 (0,76; 1,39) 1,23 (0,86; 1,75)	n.s.	Alter, BMI, Rauchen, Alkoholzufuhr, MI bei Eltern vor 60. LJ, Bluthochdruck, Hypercholesterolemie, menopausaler Status, Einnahme von postmenopausalen Hormonen, Aspiringebrauch, Einnahme Multivitamin- oder Vitamin E-Supplemente, körperliche Aktivität, Proteinzufuhr, SFA, PUFA, trans-FS, Zufuhr BS, Vitamin E, Folat, Gesamtenergiezufuhr	
						Stärke	Herzinfarkt (nicht tödlich) oder KHK-Mortalität	Quintile der Zufuhr an Stärke Q1 (niedrigste) Q2 Q3 Q4 Q5 (höchste)			RR (95% CI) 1,00 0,96 (0,76; 1,20) 0,91 (0,70; 1,15) 0,90 (0,69; 1,18) 0,94 (0,69; 1,28)

Autor Jahr, Land Studienname	Studientyp und Studienzeitraum [bei Kohorten mittleres Follow-up]	Fälle zur Analyse	Studien- population Geschlecht Alter	Abschätzung der Exposition	Exposition / Nahrungsfaktor	Endpunkt	Anzahl der Kategorien	Effektschätzer	P für Trend	Adjustierung
					Saccharose	Herzinfarkt (nicht tödlich) oder KHK-Mortalität	Quintile der Zufuhr an Saccharose Q1 (niedrigste) Q2 Q3 Q4 Q5 (höchste)	<u>RR (95% CI)</u> 1,00 1,03 (0,81; 1,31) 1,16 (0,91; 1,48) 1,02 (0,78; 1,33) 1,22 (0,94; 1,60)	n.s.	
					Fructose	MI (nicht tödlich) oder KHK-Mortalität	Quintile der Zufuhr an Fructose Q1 (niedrigste) Q2 Q3 Q4 Q5 (höchste)	<u>RR (95% CI)</u> 1,00 0,91 (0,72; 1,15) 0,96 (0,75; 1,22) 1,11 (0,87; 1,42) 1,07 (0,82; 1,40)	n.s.	
					Lactose	MI (nicht tödlich) oder KHK-Mortalität	Quintile der Zufuhr an Lactose Q1 (niedrigste) Q2 Q3 Q4 Q5 (höchste)	<u>RR (95% CI)</u> 1,00 1,06 (0,85; 1,32) 0,94 (0,70; 1,19) 1,12 (0,88; 1,41) 0,94 (0,74; 1,21)	n.s.	
McGee et al. 1984, USA Honolulu Heart Program	Kohorte, prospektiv 10 Jahre	Männer japanischer Abstammung, die auf Oahu (Hawaii) lebten und zu Beginn der Studie keine KHK, Schlaganfall oder Krebs hatten	7088 Männer 45-68 Jahre	24-h Recall	KH (gesamt)	KHK-Inzidenz	Regressionsanalyse mit KH (gesamt, g/d) als unabhängige Variable	<u>Regressionskoeffizient</u> -0,1022	n.s.	Alter, systolischer Blutdruck, Serumcholesterol, Rauchen, Körpergewicht, körperliche Aktivität
						Herzinfarkt (nicht tödlich) oder KHK-Mortalität	Regressionsanalyse mit KH (gesamt, g/d) als unabhängige Variable	<u>Regressionskoeffizient</u> -0,1329	< 0,05	Alter, systolischer Blutdruck, Serumcholesterol, Rauchen, Körpergewicht, körperliche Aktivität
						Angina pectoris oder Herzinsuffizienz	Regressionsanalyse mit KH (gesamt, g/d) als unabhängige Variable	<u>Regressionskoeffizient</u> -0,0318	n.s.	Alter, systolischer Blutdruck, Serumcholesterol, Rauchen, Körpergewicht, körperliche Aktivität
					Stärke	KHK-Inzidenz	Regressionsanalyse mit Stärke (g/d) als unabhängige Variable	<u>Regressionskoeffizient</u> -0,1136	< 0,05	Alter, systolischer Blutdruck, Serumcholesterol, Rauchen, Körpergewicht, körperliche Aktivität
						Herzinfarkt (nicht tödlich) oder KHK-Mortalität	Regressionsanalyse mit Stärke (g/d) als unabhängige Variable	<u>Regressionskoeffizient</u> -0,1063	n.s.	Alter, systolischer Blutdruck, Serumcholesterol, Rauchen, Körpergewicht, körperliche Aktivität
						Angina pectoris oder Herzinsuffizienz	Regressionsanalyse mit Stärke (g/d) als unabhängige Variable	<u>Regressionskoeffizient</u> -0,1158	n.s.	Alter, systolischer Blutdruck, Serumcholesterol, Rauchen, Körpergewicht, körperliche Aktivität
					KH (ausgenommen Stärke und Zucker)	KHK-Inzidenz	Regressionsanalyse mit anderen KH als Stärke und Zucker (g/d) als unabhängige Variable	<u>Regressionskoeffizient</u> -0,0506	n.s.	Alter, systolischer Blutdruck, Serumcholesterol, Rauchen, Körpergewicht, körperliche Aktivität
						Herzinfarkt (nicht tödlich) oder KHK-Mortalität	Regressionsanalyse mit anderen KH als Stärke und Zucker (g/d) als unabhängige Variable	<u>Regressionskoeffizient</u> -0,1624	< 0,05	Alter, systolischer Blutdruck, Serumcholesterol, Rauchen, Körpergewicht, körperliche Aktivität
						Angina pectoris oder Herzinsuffizienz	Regressionsanalyse mit anderen KH als Stärke und Zucker (g/d) als unabhängige Variable	<u>Regressionskoeffizient</u> 0,1376	n.s.	Alter, systolischer Blutdruck, Serumcholesterol, Rauchen, Körpergewicht, körperliche Aktivität

Autor Jahr, Land Studienname	Studientyp und Studienzeitraum [bei Kohorten mittleres Follow-up]	Fälle zur Analyse	Studien-population Geschlecht Alter	Abschätzung der Exposition	Exposition / Nahrungsfaktor	Endpunkt	Anzahl der Kategorien	Effektschätzer	P für Trend	Adjustierung
Meilen et al. 2008, USA, Norwegen	Meta-Analyse 6-15 Jahre	Meta-Analyse von 7 prospektiven Kohortenstudien Literatursuche in Medline von 1966 bis 04/2006 2 Studien untersuchten nur Frauen, weitere 2 Studien dagegen nur Männer Eine Studie beinhaltet Probanden, die zu Beginn der Studie CVD hatten	285376 Männer und Frauen 35-98 Jahre	FFQ; 3-Tage Ernährungsprotokoll	Vollkorngetreide	CVD (tödlich), KHK-Inzidenz, Schlaganfall	Quantile der Vollkornzufuhr (Mittelwert, Portionen/d) Q1: 0,2 (niedrigste) Q2: 2,5 (höchste)	OR (95% CI) 1,0 0,76 (0,69; 0,83)	k.A.	Je nach Studie verschiedene demographische Faktoren und Risikofaktoren für CVD
					Weißmehlprodukte	CVD (tödlich), KHK-Inzidenz, Schlaganfall	Quantile der Zufuhr von Weißmehlgetreideprodukten Q1 (niedrigste) Q2 (höchste)	OR (95% CI) 1,0 1,07 (0,94; 1,22)	n.s.	Je nach Studie verschiedene demographische Faktoren und Risikofaktoren für CVD
Mente et al. 2009, Kanada	Meta-Analyse 6-20 Jahre	Meta-Analyse zu Einflussfaktoren der Ernährung auf KHK: hier 8 von insgesamt 361 Kohortenstudien, die für die Meta-Analyse herangezogen wurden	338410 Männer und Frauen 30-84 Jahre	FFQ, Diet history interview	GI oder GL	koronare/ischämische Herzkrankheit und tödlicher oder nicht-tödlicher Herzinfarkt	Vergleich oberster mit unterster Quintile/Quartile der Zufuhr	RR (95% CI) 1,32 (1,10; 1,54)	k.A.	k.A.
	Meta-Analyse 6-19 Jahre	Meta-Analyse zu Einflussfaktoren der Ernährung auf KHK: hier 11 von insgesamt 361 Kohortenstudien, die für die Meta-Analyse herangezogen wurden	356070 Männer und Frauen 16- ≥ 84 (k.A. zur oberen Grenze) Jahre	24-h diet recall, FFQ, Diet history interview	Vollkornprodukte	koronare/ischämische Herzkrankheit und tödlicher oder nicht-tödlicher Herzinfarkt	Vergleich oberster mit unterster Quintile/Quartile der Zufuhr	RR (95% CI) 0,81 (0,75; 0,86)	k.A.	k.A.
	Meta-Analyse 5-20 Jahre	Meta-Analyse zu Einflussfaktoren der Ernährung auf KHK: hier 15 von insgesamt 361 Kohortenstudien, die für die Meta-Analyse herangezogen wurden	215054 Männer und Frauen 16-80 Jahre	24-h diet recall, Diet history, FFQ, Ernährungsprotokoll	BS	koronare/ischämische Herzkrankheit und tödlicher oder nicht-tödlicher Herzinfarkt	Vergleich oberster mit unterster Quintile/Quartile der Zufuhr	RR (95% CI) 0,78 (0,72; 0,84)	k.A.	k.A.
Mozaffarian et al. 2003, USA Cardiovascular Health Study	Kohorte, prospektiv 8,6 Jahre	US-amerikanische Erwachsene, die zu Beginn der Studie kein CVD hatten	3588 Männer und Frauen > 65 Jahre	FFQ, 99 items	BS (gesamt)	MI (nicht tödlich) oder KHK-Mortalität oder Schlaganfall (ischämisch, hämorrhagisch)	Quintile der BS-Zufuhr (gesamt) Q1 (niedrigste) Q2 Q3 Q4 Q5 (höchste)	HR (95% CI) 1,00 0,96 (0,77; 1,20) 0,93 (0,74; 1,16) 0,99 (0,79; 1,25) 0,84 (0,66; 1,07)	0,23	Alter, Geschlecht, Bildungsstand, Diabetes, Rauchen, körperliche Aktivität, Intensität der körperlichen Aktivität, Alkoholzufuhr (keine Adjustierung für die spezifischen BS)
					BS aus Cerealien	MI (nicht tödlich) oder KHK-Mortalität oder Schlaganfall (ischämisch, hämorrhagisch)	Quintile der BS-Zufuhr aus Cerealien (g/d) Q1: < 1,7 Q2: 1,7-3,3 Q3: 3,4-4,7 Q4: 4,8-6,3 Q5: > 6,3	HR (95% CI) 1,00 0,92 (0,74; 1,15) 0,83 (0,67; 1,04) 0,82 (0,65; 1,03) 0,79 (0,62; 0,99)	0,02	Alter, Geschlecht, Bildungsstand, Diabetes, Rauchen, körperliche Aktivität, Intensität der körperlichen Aktivität, Alkoholzufuhr, BS aus Gemüse und Obst
					BS aus Obst	MI (nicht tödlich) oder KHK-Mortalität oder Schlaganfall (ischämisch, hämorrhagisch)	Quintile der BS-Zufuhr aus Obst (g/d) Q1: < 2,8 Q2: 2,8-4,2 Q3: 4,3-5,7 Q4: 5,8-7,5 Q5: > 7,5	HR (95% CI) 1,00 0,94 (0,75; 1,18) 0,85 (0,67; 1,08) 0,95 (0,76; 1,20) 0,99 (0,78; 1,25)	0,98	Alter, Geschlecht, Bildungsstand, Diabetes, Rauchen, körperliche Aktivität, Intensität der körperlichen Aktivität, Alkoholzufuhr, BS aus Cerealien, Gemüse

Autor Jahr, Land Studienname	Studientyp und Studienzeitraum [bei Kohorten mittleres Follow-up]	Fälle zur Analyse	Studien-population Geschlecht Alter	Abschätzung der Exposition	Exposition / Nahrungsfaktor	Endpunkt	Anzahl der Kategorien	Effektschätzer	P für Trend	Adjustierung
					BS aus Gemüse	MI (nicht tödlich) oder KHK-Mortalität oder Schlaganfall (ischämisch, hämorrhagisch)	Quintile der BS-Zufuhr aus Gemüse (g/d) Q1: < 4,2 Q2: 4,2-5,7 Q3: 5,8-7,2 Q4: 7,3-9,2 Q5: > 9,2	HR (95% CI) 1,00 0,98 (0,78; 1,23) 1,12 (0,90; 1,40) 0,80 (0,63; 1,02) 1,08 (0,86; 1,36)	0,95	Alter, Geschlecht, Bildungsstand, Diabetes, Rauchen, körperliche Aktivität, Intensität der körperlichen Aktivität, Alkoholzufuhr, BS aus Cerealien und Obst
Pereira et al. 2004, USA, Europa Pooling Project of Cohort Studies on diet and coronary disease	Meta-Analyse 6-10 Jahre	Meta-Analyse von 10 prospektiven Kohortenstudien 4 Studien untersuchten nur Frauen, weitere 2 Studien dagegen nur Männer Männer: 91058 Frauen: 245186	336244 Männer und Frauen 35-99 Jahre (Median: 46-61)	FFQ; diet history	BS (gesamt)	KHK-Inzidenz	Energie-adjustierte Steigerung der BS-Zufuhr (gesamt) um 10 g/d	RR (95% CI) 0,86 (0,78; 0,96)	0,005	Alter, Energiezufuhr, Raucherstatus, BMI, körperliche Aktivität, Bildung, Alkoholzufuhr, Einnahme Multivitamin-supplemente, Hypercholesteroliämie, Bluthochdruck, Zufuhr von SFA, PUFA, Cholesterol, Folsäure, Vitamin E
						KHK-Mortalität	Energie-adjustierte Steigerung der BS-Zufuhr (gesamt) um 10 g/d	RR (95% CI) 0,73 (0,61; 0,87)		
					BS aus Getreideprodukten	KHK-Inzidenz	Energie-adjustierte Steigerung der BS-Zufuhr aus Cerealien um 10 g/d	RR (95% CI) 0,90 (0,77; 1,07)	0,23	
						KHK-Mortalität	Energie-adjustierte Steigerung der BS-Zufuhr aus Cerealien um 10 g/d	RR (95% CI) 0,75 (0,63; 0,91)	0,003	
					BS aus Obst	KHK-Inzidenz	Energie-adjustierte Steigerung der BS-Zufuhr aus Obst um 10 g/d	RR (95% CI) 0,84 (0,70; 0,99)	0,04	
						KHK-Mortalität	Energie-adjustierte Steigerung der BS-Zufuhr aus Obst um 10 g/d	RR (95% CI) 0,70 (0,55; 0,89)	0,004	
					BS aus Gemüse	KHK-Inzidenz	Energie-adjustierte Steigerung der BS-Zufuhr aus Gemüse um 10 g/d	RR (95% CI) 1,00 (0,88; 1,13)	0,97	
						KHK-Mortalität	Energie-adjustierte Steigerung der BS-Zufuhr aus Gemüse um 10 g/d	RR (95% CI) 1,00 (0,82; 1,23)	0,97	
					lösliche Ballaststoffe	KHK-Inzidenz	Energie-adjustierte Steigerung der BS-Zufuhr aus Gemüse um 10 g/d	RR (95% CI) 0,72 (0,55; 0,93)	k.A.	
						KHK-Mortalität	Energie-adjustierte Steigerung der BS-Zufuhr aus Gemüse um 10 g/d	RR (95% CI) 0,46 (0,28; 0,74)	k.A.	
					unlösliche Ballaststoffe	KHK-Inzidenz	Energie-adjustierte Steigerung der BS-Zufuhr aus Gemüse um 10 g/d	RR (95% CI) 0,90 (0,83; 0,97)	k.A.	
						KHK-Mortalität	Energie-adjustierte Steigerung der BS-Zufuhr aus Gemüse um 10 g/d	RR (95% CI) 0,80 (0,69; 0,92)	k.A.	

Autor Jahr, Land Studienname	Studientyp und Studienzeitraum [bei Kohorten mittleres Follow-up]	Fälle zur Analyse	Studien-population Geschlecht Alter	Abschätzung der Exposition	Exposition / Nahrungsfaktor	Endpunkt	Anzahl der Kategorien	Effektschätzer	P für Trend	Adjustierung
Siri-Tarino et al. 2010, USA (12 Studien), Europa (7), Kanada (1), Israel (2), Japan (2)	Meta-Analyse 5-23 Jahre	Meta-Analyse von 24 prospektiven Kohortenstudien, davon 16 Studien zu KHK und 8 Studien zu Schlaganfall; 4 Studien zum Austausch von Kohlenhydraten durch gesättigte Fettsäuren Literatursuche in Medline und Embase: Humanstudien bis zum 17. September 2009 gesunde Probanden	128933 (zum Austausch von Kohlenhydraten durch gesättigte Fettsäuren) Männer und Frauen 30-75 Jahre	FFQ, 24h-Recall, 7d-Record	KH (gesamt)	KHK-Inzidenz	Isokalorischer Austausch von Kohlenhydraten durch gesättigte Fettsäuren wurde in 4 Studien betrachtet (Sekundär-Analyse)	RR (95% CI) 0,98 (0,86; 1,13)	k.A.	Gesamtenergiezufuhr, Energie aus Fett und Protein
Streppel et al. 2008, Niederlande Zutphen Study	Kohorte, prospektiv 40 Jahre	Männer, die mindestens 5 Jahre in Zutphen gelebt haben und zwischen 1900 und 1919 geboren sind	1373 Männer 40-60 Jahre	cross-check dietary history	BS (gesamt, aktualisierte Zufuhr)	KHK-Mortalität	Steigerung der BS-Zufuhr um 10 g/d (aktualisierte Zufuhrdaten)	HR (95% CI) 0,83 (0,70; 0,98)	k.A.	Gesamtenergie, SFA, trans-FS, cis-PUFA, Alkoholzufuhr, Weinzufuhr, Fischzufuhr, verschriebene Diät, Anzahl Zigaretten, Dauer des Rauchens, Zigarren- oder Pfeifenraucher, BMI, sozioökonomischer Status
					BS (gesamt, langfristige Zufuhr)	KHK-Mortalität	Steigerung der BS-Zufuhr um 10 g/d (langfristige Zufuhr)	HR (95% CI) 0,87 (0,71; 1,07)	k.A.	
					BS aus Brot und anderen Getreideprodukten (kurzfristige Zufuhr)	KHK-Mortalität	Steigerung der BS-Zufuhr aus Brot und anderen Getreideprodukten um 10 g/d (aktualisierte Zufuhrdaten)	HR (95% CI) 0,84 (0,64; 1,10)	k.A.	
					BS aus Brot und anderen Getreideprodukten (langfristige Zufuhr)	KHK-Mortalität	Steigerung der BS-Zufuhr aus Brot und anderen Getreideprodukten um 10 g/d (langfristige Zufuhr)	HR (95% CI) 0,86 (0,64; 1,15)	k.A.	
					BS aus Kartoffeln (kurzfristige Zufuhr)	KHK-Mortalität	Steigerung der BS-Zufuhr aus Kartoffeln um 10 g/d (aktualisierte Zufuhrdaten)	HR (95% CI) 0,71 (0,48; 1,06)	k.A.	
					BS aus Kartoffeln (langfristige Zufuhr)	KHK-Mortalität	Steigerung der BS-Zufuhr aus Kartoffeln um 10 g/d (langfristige Zufuhr)	HR (95% CI) 0,94 (0,62; 1,45)	k.A.	
					BS aus Leguminosen (kurzfristige Zufuhr)	KHK-Mortalität	Steigerung der BS-Zufuhr aus Leguminosen um 10 g/d (aktualisierte Zufuhrdaten)	HR (95% CI) 0,64 (0,34; 1,20)	k.A.	
					BS aus Leguminosen (langfristige Zufuhr)	KHK-Mortalität	Steigerung der BS-Zufuhr aus Leguminosen um 10 g/d (langfristige Zufuhr)	HR (95% CI) 0,52 (0,25; 1,09)	k.A.	

Autor Jahr, Land Studienname	Studientyp und Studienzeitraum [bei Kohorten mittleres Follow-up]	Fälle zur Analyse	Studienpopulation Geschlecht Alter	Abschätzung der Exposition	Exposition / Nahrungsfaktor	Endpunkt	Anzahl der Kategorien	Effektschätzer	P für Trend	Adjustierung
					BS aus Gemüse (kurzfristige Zufuhr)	KHK-Mortalität	Steigerung der BS-Zufuhr aus Gemüse um 10 g/d (aktualisierte Zufuhrdaten)	HR (95% CI) 0,88 (0,48; 1,65)	k.A.	
					BS aus Gemüse (langfristige Zufuhr)	KHK-Mortalität	Steigerung der BS-Zufuhr aus Gemüse um 10 g/d (langfristige Zufuhr)	HR (95% CI) 1,00 (0,36; 2,77)	k.A.	
					BS aus Obst (kurzfristige Zufuhr)	KHK-Mortalität	Steigerung der BS-Zufuhr aus Obst um 10 g/d (aktualisierte Zufuhrdaten)	HR (95% CI) 1,13 (0,75; 1,70)	k.A.	
					BS aus Obst (langfristige Zufuhr)	KHK-Mortalität	Steigerung der BS-Zufuhr aus Obst um 10 g/d (langfristige Zufuhr)	HR (95% CI) 1,01 (0,43; 2,36)	k.A.	
Wu et al. 2003, USA Los Angeles Atherosclerosis Study	Kohorte, prospektiv 3 Jahre	Erwachsene, die zu Beginn der Studie keine Herzerkrankungen und keinen Schlaganfall hatten	500 Männer und Frauen 40-60 Jahre	24-h Recall	BS (gesamt)	Progression der Intima-Media-Dicke (IMT) der gemeinsamen (CCA) Karotisarterie	Energie-adjustierte Quintile der BS-Zufuhr (gesamt, Median, g/d) Q1: 12,7 Q2: 15,3 Q3: 17,6 Q4: 19,9 Q5: 25,3	CCA IMT in $\mu\text{m/y}$ (Mittelwert \pm SEM) 12,86 \pm 2,73 12,24 \pm 1,94 8,41 \pm 1,88 9,96 \pm 1,98 4,85 \pm 2,91	0,06	Ethnische Gruppe, Rauchen, körperliche Aktivität, Stress, Einnahme cholesterolsenkender oder blutdrucksenkender Mittel, Diabetes, Vit. C oder Vit. E Supplemente, BMI, systolischer Blutdruck, Gemüsezufuhr, Obstzufuhr, SFA, Magnesium, Kalium
					BS (unlöslich)	Progression der Intima-Media-Dicke (IMT) der gemeinsamen (CCA) Karotisarterie	Energie-adjustierte Quintile der BS-Zufuhr (unlöslich, g/d) Q1 (niedrigste) Q2 Q3 Q4 Q5 (höchste)	CCA IMT in $\mu\text{m/y}$ (Mittelwert \pm SEM) 11,87 \pm 2,60 9,79 \pm 1,98 10,48 \pm 1,91 10,80 \pm 2,02 6,59 \pm 2,67	0,26	Ethnische Gruppe, Rauchen, körperliche Aktivität, Stress, Einnahme cholesterolsenkender oder blutdrucksenkender Mittel, Diabetes, Vit. C oder Vit. E Supplemente, BMI, systolischer Blutdruck, Gemüsezufuhr, Obstzufuhr, SFA, Magnesium, Kalium
					BS (löslich)	Progression der Intima-Media-Dicke (IMT) der gemeinsamen (CCA) Karotisarterie	Energie-adjustierte Quintile der BS-Zufuhr (löslich, g/d) Q1 (niedrigste) Q2 Q3 Q4 Q5 (höchste)	CCA IMT in $\mu\text{m/y}$ (Mittelwert \pm SEM) 11,12 \pm 2,76 13,39 \pm 1,97 8,52 \pm 1,81 9,68 \pm 1,92 5,87 \pm 2,87	0,05	Ethnische Gruppe, Rauchen, körperliche Aktivität, Stress, Einnahme cholesterolsenkender oder blutdrucksenkender Mittel, Diabetes, Vit. C oder Vit. E Supplemente, BMI, systolischer Blutdruck, Gemüsezufuhr, Obstzufuhr, SFA, Magnesium, Kalium
					Pektin	Progression der Intima-Media-Dicke (IMT) der gemeinsamen (CCA) Karotisarterie	Energie-adjustierte Quintile der Pektinzufuhr (g/d) Q1 (niedrigste) Q2 Q3 Q4 Q5 (höchste)	CCA IMT in $\mu\text{m/y}$ (Mittelwert \pm SEM) 12,27 \pm 2,12 12,25 \pm 1,94 10,18 \pm 1,90 7,10 \pm 1,89 6,45 \pm 2,23	0,01	Ethnische Gruppe, Rauchen, körperliche Aktivität, Stress, Einnahme cholesterolsenkender oder blutdrucksenkender Mittel, Diabetes, Vit. C oder Vit. E Supplemente, BMI, systolischer Blutdruck, Gemüsezufuhr, Obstzufuhr, SFA, Magnesium, Kalium

Autor Jahr, Land Studienname	Studientyp und Studienzeitraum [bei Kohorten mittleres Follow-up]	Fälle zur Analyse	Studien- population Geschlecht Alter	Abschätzung der Exposition	Exposition / Nahrungsfaktor	Endpunkt	Anzahl der Kategorien	Effektschätzer	P für Trend	Adjustierung
Yano et al. 1978, USA Honolulu Heart Study	Kohorte, prospektiv 6 Jahre	Männer japanischer Abstammung, die auf Oahu (Hawaii) lebten und zu Beginn der Studie keine KHK hatten	7465 Männer 45-68 Jahre	24-h Recall; Befragung zu kultureller Ernährungsanpassung	KH	Herzinfarkt (nicht tödlich) + KHK- Mortalität	Regressionsanalyse mit KH (g/d) als unabhängige Variable	<u>Regressionskoeffizient</u> -0,191	< 0,05	keine

Evidenzbasierte Leitlinie: Kohlenhydratzufuhr und Prävention ausgewählter ernährungsmitbedingter Krankheiten

Legende zur Tabelle: Studien zur Kohlenhydratzufuhr und Prävention der koronaren Herzkrankheit (KHK) (Kapitel 8)

24-h Recall	24-Stunden Recall
95% CI	95 % Konfidenzintervall
AHEI	Alternate Healthy Eating Index
ARIC	Atherosclerosis Risk in Communities Study
ATBC	Alpha-Tocopherol, Beta-Carotene Cancer Prevention Study
BMI	Body Mass Index
BS	Ballaststoffe
CAD	coronary artery disease
CCA	common carotid artery (gemeinsame Kopfschlagader)
CHD	coronary heart disease (deutsch: koronare Herzkrankheit)
CVA	cerebrovascular accident (Schlaganfall)
CVD	cardiovascular disease
d	Tag
EN%	% der Gesamtenergieaufnahme
ERA	Estrogen Replacement and Atherosclerosis Trial
FFQ	food frequency questionnaire
FS	Fettsäuren
GI	glykämischer Index
GL	glykämische Last
HDL	High Density Lipoprotein
HPFS	Health Professionals Follow-up Study
HR	Hazard Ratio
ICA	internal carotid artery (innere Halsschlagader)
IMT	carotid intimal medial thickness / Dicke der Carotisintima und -media
IRAS	Insulin Resistance Atherosclerosis Study
k.A.	keine Angaben
kcal	Kilokalorien
KH	Kohlenhydrate
KHK	koronare Herzkrankheit
LDL	Low Density Lipoprotein
LJ	Lebensjahr
MARS	Monitored Atherosclerosis Regression Study
MESA	Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis
MI	myocardial infarction
MUFA	monounsaturated fatty acids = einfach gesättigte Fettsäuren
NCP	Nicht-Cellulosehaltige Polysaccharide
NHANES I	National Health and Nutrition Examination Survey I
NHS	Nurses Health Study
n.s.	nicht signifikant
OR	Odds Ratio
PAD	peripheral arterial disease / Periphere arterielle Erkrankung
PAL	Physical activity level
PRHHP	Puerto Rico Heart Health Program
PUFA	polyunsaturated fatty acids = mehrfach ungesättigte Fettsäuren
RR	Relatives Risiko
SD	standard deviation = Standardabweichung
SE	Standardfehler
SEM	standard error of the mean = Standardfehler des Mittelwertes
SFA	saturated fatty acids = gesättigte Fettsäuren
SFFQ	semiquantitativer FFQ
SSB	Sugar-Sweetened Beverages / zuckergesüßte Erfrischungsgetränke
TG	Triglycerid
vs.	versus

Evidenzbasierte Leitlinie: Kohlenhydratzufuhr und Prävention ausgewählter ernährungsmitbedingter Krankheiten

Legende zur Tabelle: Studien zur Kohlenhydratzufuhr und Prävention der koronaren Herzkrankheit (KHK) (Kapitel 8)

Weißmehl korrekter Ausdruck: Mehl mit niedrigem Ausmahlungsgrad
bzw. bzw. Produkte aus Mehl mit niedrigem Ausmahlungsgrad
Weißmehlpr
odukte
(*ugs.*)