

Kokosöl – gesund und lecker

Quelle: Zentrum der Gesundheit

Kokosöl ist gemeinsam mit vielen anderen Kokosprodukten seit Jahrtausenden für viele Völker ein Grundnahrungsmittel. Und obwohl Kokosöl reich an gesättigten Fettsäuren ist, hält es für die menschliche Gesundheit eine Fülle von äußerst hilfreichen Eigenschaften bereit. So ist Kokosöl sehr leicht verdaulich. Es reguliert den Blutfettspiegel, wirkt antimikrobiell (sowohl innerlich als auch äußerlich) und führt so gut wie nie zu Übergewicht. Doch wie kommt es dazu, dass manche Experten regelmäßig – aber völlig ungerechtfertigterweise – von Kokosöl abraten?

Kokosöl – eines der natürlichsten Öle

Kokosöl ist eines der natürlichsten Öle, die uns Menschen zur Verfügung stehen. So besteht die reife Kokosnuss zu etwa 35 Prozent aus Kokosöl und kann – einmal geöffnet – sehr leicht in größeren Mengen verzehrt werden.

Stellen Sie sich im Vergleich dazu einmal den Rapsamen vor. Er ist winzig klein und steinhart. Es ist kaum möglich, diesen zu essen. Rapsöl gehört daher nicht zu den natürlichen Ölen, denn ohne Monokultur und maschinelle Verarbeitung gäbe es das Rapsöl gar nicht. Auch Distelöl oder Sojaöl sind nicht gerade Öle, die wir seit Urzeiten kennen.

Kokosnüsse jedoch stellen für die Völker der Südsee ein Grundnahrungsmittel dar – ein Grundnahrungsmittel, mit dem sie über Jahrtausende hinweg leistungsfähig und gesund blieben, ohne dass sie sich je über Diabetes, Cholesterinwerte, Herzinfarkte oder Schlaganfälle Gedanken zu machen brauchten.

Wer aber die Fettsäurezusammensetzung des Kokosöls kennt, wundert sich hier möglicherweise. Besteht doch das Kokosöl zu einem sehr hohen Teil – nämlich zu über 90 Prozent – aus gesättigten Fettsäuren. Und gesättigte Fettsäuren, das hat man uns lange gelehrt, sind nun einmal schlecht für unsere Gesundheit, führen zu erhöhten Cholesterinwerten und über kurz oder lang zu Herzinfarkt und Schlaganfall. Wie also können die Kokosnuss essenden Naturvölker trotz hohen Kokosölkonsums gesund bleiben?

Ganz einfach: Kokosöl ist gesund! Schon allein die oben genannte Tatsache, dass uns das Kokosöl in Form der Kokosnuss quasi in den Mund wächst, uns also von der Natur derart leicht erreichbar präsentiert wird, ist ein Zeichen dafür, dass das Kokosöl ein äußerst hochwertiges und natürliches Lebensmittel ist.

Mit einer solchen Erklärung gibt sich heute natürlich kaum jemand zufrieden. Wissenschaftliche Analysen und Untersuchungen werden gefordert. Und siehe da: Auch die Forscher kam zu keinem anderen Ergebnis – so sehr sie sich auch bemühten. Letztendlich mussten sie mehrheitlich feststellen: Kokosöl ist nicht nur gesund, es

macht auch gesund und passt demnach hervorragend in eine Ernährung, in der Lebensmittel auch Heilmittel sein dürfen.

Fettsäure-Zusammensetzung des Kokosöls

Das Kokosöl besteht unter anderem aus:

Laurinsäure 44 – 52 %

Caprinsäure 6 – 10 %

Caprylsäure 5 – 9 %

Myristinsäure 13 – 19 %

Palminsäure 8 – 11 %

Stearinsäure 1 – 3 %

Ölsäure (einfach ungesättigte Fettsäuren) 5 – 8 %

Linolsäure (mehrfach ungesättigte Fettsäuren) 0 – 1 %

Zu den im Kokosöl enthaltenen mittelkettigen Fettsäuren gehören die ersten drei der obigen Liste, wobei Laurinsäure zu den bekanntesten und bestuntersuchten gehört. Kokosöl besteht also – als einziges natürliches Öl – zu weit über 50 Prozent aus mittelkettigen Fettsäuren.

Reich an mittelkettigen Fettsäuren

Mittelkettige Fettsäuren sind gesättigte Fettsäuren mit einer bestimmten Kettenlänge. Während beispielsweise eine langkettige Fettsäure wie die Stearinsäure aus einer Kette mit 18 C-Atomen besteht (C steht für Kohlenstoff), ist die Caprylsäure aus nur 8 C-Atomen aufgebaut, die Caprinsäure aus 10 und die Laurinsäure aus 12 C-Atomen.

Mittelkettige Fettsäuren bestehen also aus Ketten mit 8 bis 12 C-Atomen und langkettige Fettsäuren aus Ketten mit 14 bis 24 C-Atomen. Die mittelkettigen Fettsäuren sind es auch, die dem Kokosöl einen Großteil seiner besonderen Eigenschaften verleihen.

Leicht verdaulich und weniger Kalorien

Mittelkettige Fettsäuren sind zunächst einmal sehr leicht verdaulich, sie können ohne die Mitarbeit der Gallensäuren verdaut werden. Sie sind wasserlöslich und gelangen daher direkt über die Blutbahn in die Leber. Dort – und das ist der nächste Vorteil – werden sie vom Körper sehr gerne zur Energiegewinnung genutzt und weniger gern in die Fettdepots eingelagert. Zusätzlich liefern mittelkettige Fettsäuren eine Kalorie weniger pro Gramm als andere Fettsäuren.

Diese beiden Eigenschaften der Kokosölfettsäuren führen dazu, dass Kokosöl den Ruf hat, weniger zur Gewichtszunahme beizutragen als andere Fette, ja, im Gegenteil sogar beim Abnehmen zu helfen. Bestätigt hat diesen Aspekt eine japanische kontrollierte Doppelblindstudie, die bereits im Jahr 2001 im „The Journal of Nutrition“ veröffentlicht wurde.

78 übergewichtige, aber gesunde Teilnehmer (Männer und Frauen mit einem „Body-Mass-Index“ [BMI] über 23) wurden in zwei Gruppen geteilt. Beide aßen während der zwölfwöchigen Studiendauer dasselbe, nur erhielt eine Gruppe (M) täglich 60 Gramm eines Fettes aus mittelkettigen Fettsäuren und die andere Gruppe (L) 60 Gramm eines Fettes aus langkettigen Fettsäuren. Beide Gruppen nahmen an Gewicht ab. Doch verlor Gruppe M signifikant mehr Gewicht als Gruppe L.

Und nicht nur das. Bei Diäten baut sich oft insbesondere Muskelmasse ab, während sich der Körperfettanteil nur zögerlich reduzieren lässt. Gruppe M jedoch erlebte einen deutlich höheren Körperfettverlust sowie einen höheren Fettverlust des Unterhautgewebes als Gruppe L. Die Forscher schlossen seinerzeit daraus, dass mittelkettige Fettsäuren das Körpergewicht und den Körperfettanteil besser reduzieren können als eine Diät, die langkettige Fettsäuren enthält.

Kokosöl wirkt gegen Viren, Bakterien und Pilze

Die mittelkettigen Fettsäuren des Kokosöls wirken antimikrobiell, antiviral und antimykotisch – und zwar sowohl bei innerlicher als auch bei äußerlicher Anwendung. Kokosöl ist daher auch bei Pilzkrankungen das Hautöl der Wahl. Genauso kann das Kokosöl bei Scheidenpilz, bakteriellen Erkrankungen der Scheidenschleimhaut, zur Intimpflege oder als Gleitgel verwendet werden und hilft somit an Ort und Stelle bei der Bekämpfung der unangenehm juckenden Mikroben und Pilze mit.

Laurinsäure gegen Herpes und andere Viren

Die mittelkettige Laurinsäure macht allein etwa 50 Prozent der im Kokosöl vorkommenden Fettsäuren aus. Im menschlichen oder tierischen Körper wandelt sich die Laurinsäure zunächst in Monolaurin um. Zwar gibt es auch Untersuchungen, denen zufolge die freie Laurinsäure ebenfalls antimikrobielle Fähigkeiten aufweist, doch es ist hauptsächlich das Monolaurin – ein sogenanntes Monoglycerid –, das letztendlich gegen Viren und Bakterien wirkt.

Monolaurin wehrt speziell behüllte Viren (zum Beispiel HI-, Herpes-, Cytomegalo- und Grippeviren) im menschlichen und tierischen Organismus ab. Behüllte Viren sind von einer Lipidhülle umgeben. Monolaurin ist für Viren deshalb so gefährlich, weil es diese Hülle auflösen kann, was zur Inaktivierung der Viren führt.

Caprinsäure gegen Chlamydien & Co.

Auch die Caprinsäure (6 – 10 %) wirkt dann besonders dann, wenn sie im menschlichen oder tierischen Organismus in ihr Monoglycerid, das Monocaprin, umgewandelt wird. Monocaprin wird momentan sowohl auf seine antivirale Wirksamkeit gegen Herpes-simplex-Viren als auch auf seine antibakterielle Wirksamkeit gegen Chlamydien und andere sexuell übertragbaren Bakterien getestet. Zu diesem Thema liegen bereits ältere Untersuchungen vor, wie etwa die von Thormar et alii (1999), in der man die inaktivierende Wirkung von Monocaprin auf die genannten Viren inklusive HIV nachwies – zumindest in vitro.

Wie mittelkettige Fettsäuren gegen Chlamydien wirken, zeigte die Studie von Bergsson et alii (1998). Insgesamt gilt, dass Laurinsäure beziehungsweise Monolaurin eine höhere Antivirenaktivität aufweist als die übrigen mittelkettigen Fettsäuren beziehungsweise deren Monoglyceride. Zu den Viren, die von mittelkettigen Fettsäuren inaktiviert werden können, gehören das HIV, das Masernvirus, das Herpes-simplex-1-Virus (HSV-1), das Vesicular-Stomatitis-Virus (VSV), das Visna-Virus und das Cytomegalo-Virus.

Kokosöl gegen Pilze

Die mittelkettigen Fettsäuren im Kokosöl reduzieren auch die Aktivität von Pilzen, zum Beispiel von *Candida albicans*. Mehrere Studien zeigten einerseits eine Antipilzwirkung von Caprinsäure auf *Candida*-Ansiedlungen im Mundbereich von Prothesenträgern und andererseits eine In-vitro-Zerstörung von gleich drei verschiedenen *Candida*-Stämmen, sowohl durch Caprinsäure als auch durch Laurinsäure.

Kokosöl kann daher hervorragend bei Pilzinfektionen aller Art eingesetzt werden. Innerlich bei Darmpilzinfektionen und äußerlich bei Pilzinfektionen der Haut oder der Schleimhäute. Ein Anti-*Candida*-Programm mit Kokosöl und Oreganoöl finden Sie hier: Kokosöl gegen *Candida albicans*.

Mittelkettige Fettsäuren sind für Darmbakterien unschädlich

Mittelkettige Fettsäuren beziehungsweise deren Monoglyceride wie das Monolaurin scheinen auf nützliche Darmbakterien keine schädliche Wirkung zu haben, sondern nur auf potenziell krankheitserregende Mikroorganismen. Forscher um Isaacs (1990) wiesen zum Beispiel bei den weit verbreiteten Mikroben wie *Escherichia coli*, die häufig den Darm besiedeln, keine Inaktivierung durch Monolaurin nach, bei krankheitserregenden Mikroben wie *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus epidermidis* und dem grampositiven Gruppe-B-Streptokokkus hingegen eine sehr starke.

Ein Fett, das Bakterien, Viren und Pilze ausschalten kann, ist natürlich großartig. Doch wie sieht es mit der Herzgesundheit, dem Cholesterinspiegel und dem Zustand der Blutgefäße aus, wenn man vor lauter Begeisterung viel Kokosöl verspeist?

Kokosöl und Herzkrankheiten

Die über vier Jahrzehnte anhaltende Forschung über die Wechselwirkungen zwischen Kokosöl als Nahrungsbestandteil und Herzerkrankungen kam im Großen und Ganzen zu ein und demselben Ergebnis: Kokosöl ist äußerst hilfreich dabei, die Risikofaktoren für Herzerkrankungen zu minimieren.

Blackburn et alii (1988) setzten sich in ihrer Untersuchung mit der veröffentlichten Literatur über die „Auswirkungen von Kokosöl auf Serumcholesterin und Atherogenese“ auseinander und kamen zu dem Schluss, dass „Kokosöl, wenn es mit anderen Fetten oder ausreichend mit Linolsäure ergänzt wird, hinsichtlich der

Atherogenese ein neutrales Fett darstellt“ (Atherogenese = Entstehung/Entwicklung der Arteriosklerose).

Nachdem sich Kurup & Rajmoran Ende der Neunzigerjahre mit derselben Literatur beschäftigt hatten, führten sie eine Studie mit 64 Freiwilligen durch und fanden durch Kokosölkonsum „keine statistisch signifikante Veränderung bei sämtlichen Cholesterinwerten (Gesamtcholesterin, HDL-Cholesterin, LDL-Cholesterin etc.) im Vergleich zum Ausgangswert“. Die Ergebnisse gaben sie 1995 in Indien am „Symposium on Coconut and Coconut Oil in Human Nutrition“ bekannt.

Kaunitz und Dayrit untersuchten noch früher, nämlich schon 1992, die epidemiologischen Versuchsdaten von Gruppen, die zeitlebens Kokosnüsse verzehrt hatten, und schrieben:

„Die vorliegenden Bevölkerungsstudien zeigen, dass Kokosöl in der Ernährung weder zu einem hohen Serumcholesterinwert noch zu einer hohen Sterblichkeit oder Krankhaftigkeit durch koronare Herzkrankheiten führt.“

Sie stellten weiterhin fest, dass Mendis et alii (1989) bei jungen männlichen Erwachsenen aus Sri Lanka unerwünschte Lipidveränderungen nachgewiesen hatten, nachdem sie ihre Ernährung von gewöhnlichem Kokosöl auf Maisöl umgestellt hatten. Obwohl der Serumcholesterinwert aufgrund des Maisöls um 18,7 Prozent und der LDL-Cholesterinwert um 23,8 Prozent sank, fiel auch der HDL-Cholesterinwert (gutes Cholesterin) um 41,4 Prozent und damit weit unter den niedrigsten akzeptablen HDL-Wert von 35 mg/dL, sodass der LDL/HDL-Quotient um 30 Prozent anstieg – was ein äußerst schlechtes Zeichen ist.

Zuvor hatten Prior et alii (1981) Ähnliches gezeigt, nämlich dass bei Inselbewohnern, die große Mengen Kokosöl zu sich nehmen, „keine Anzeichen dafür beobachtet wurden, dass die hohe Zufuhr von gesättigten Fetten bei diesen Gruppen eine schädliche Wirkung hat“. Wanderten diese Gruppen aber nach Neuseeland aus, wo sich ihr Kokosölkonsum verringerte, stieg ihr Gesamtcholesterin- und LDL-Cholesterinwert an und ihr HDL-Cholesterinwert sank.

Mendis & Kumarasunderam (1990) verglichen nun die Wirkung von Kokos- und Sojaöl bei jungen Männern mit normalen Blutfettwerten, und wieder führte der Verzehr von Kokosöl zu einem Anstieg des HDL-Cholesterinwertes (gutes Cholesterin), wohingegen Sojaöl dieses erwünschte Lipoprotein senkte.

Kokosöl gegen Arteriosklerose?

In weiteren Forschungen wurde nachgewiesen, dass Herpes- und Cytomegaloviren eine Rolle bei der Bildung arteriosklerotischer Ablagerungen in den Blutgefäßen sowie bei der Wiederverengung der Arterien nach einer Angioplastie (operative Erweiterung eines Blutgefäßes, zum Beispiel durch Einsetzen eines Stents) spielen könnten (Artikel in der „New York Times“ von 1984).

Interessant dabei ist, dass das antimikrobiell wirkende Monolaurin – wie wir oben gesehen haben – ja genau diese Herpes- und Cytomegaloviren hemmen kann, Monolaurin aber nur dann im Körper gebildet wird, wenn Laurinsäure ein wesentlicher Bestandteil der Ernährung ist. Und Laurinsäure ist im Kokosöl enthalten. Eine Übersichtsarbeit (Review) von Lawrence (2013) fasst den aktuellen Wissensstand folgendermaßen zusammen:

„Obwohl frühere Studien darauf hinwiesen, dass eine Ernährung mit gesättigten Fettsäuren und gleichzeitig niedriger Zufuhr mehrfach ungesättigter Fettsäuren den Cholesterinspiegel und das Herzerkrankungsrisiko steigen lasse, war die Beweislage schon immer schwach.“

Im Laufe der Jahre zeigte sich, dass gesättigte Fette – insbesondere gesättigte Fette aus Kokosnüssen – nicht mit Herzkrankheiten oder anderen Gesundheitsproblemen im Zusammenhang stehen, sondern im Gegenteil die Gesundheit verbessern können.

So könnte man die häufige Empfehlung, Kokosöl wegen der angeblich gefährlichen gesättigten Fettsäuren zu meiden, auch als einen Beitrag zum Anstieg koronarer Herzerkrankungen ansehen – und vielleicht auch zum Anstieg der Demenz in der Bevölkerung.

Kokosöl gegen Demenz

Das von Alzheimer betroffene Gehirn kann nur noch unzureichend Glukose als Energiequelle nutzen. Aus Kokosöl können jedoch sogenannte Ketone hergestellt werden. Diese kann auch das Alzheimer-Gehirn zur Energiegewinnung nutzen, die Symptome nehmen daraufhin ab und die Krankheit schreitet langsamer voran oder bessert sich sogar.

Kokosöl bei Krebs

Auch bei Krebs sollte Kokosöl in die Ernährung integriert werden. Es versorgt den oft ausgezehrtten Körper mit leicht verdaulichen Kalorien, entlastet durch seine antimikrobielle Wirkungen das Immunsystem und wirkt zusätzlich entzündungshemmend.

Ja, es gibt sogar ein konkretes Programm („Die ketogene Reinigung“), das über drei bis zehn Tage durchgeführt wird und dabei hilft, Krebszellen auszuhungern, während gesunde Körperzellen mit Brennstoff aus den aus dem Kokosöl stammenden Ketonen versorgt werden.

Ist Kokosöl an der Bildung von Fettgeschwulsten beteiligt?

Sogenannte Atherome sind gutartige Fettgeschwulste, die sich meist am behaarten Kopfbereich – zum Beispiel am Nacken oder, hinter den Ohren – oder aber am Bauch bilden. Es handelt sich dabei um gutartige Zysten, die sich mit Fett füllen. Nun könnte man denken, dass die Zysten mit den „bösen“ gesättigten Fettsäuren gefüllt sind, die der Körper irgendwo abzulagern versucht. Doch weit gefehlt.

Die chemische Analyse von Atheromen hat gezeigt, dass diese zu etwa 40 Prozent aus mehrfach ungesättigten und zu über 30 Prozent aus einfach ungesättigten Fettsäuren, also insgesamt zu 70 Prozent aus ungesättigten Fettsäuren, hingegen nur zu knapp 25 Prozent aus gesättigten Fettsäuren bestehen. Bei keiner der gesättigten Fettsäuren handelte es sich um Fettsäuren aus Kokosöl, also weder um Laurin- noch um Myristinsäure (Felton et alii, 1994).

Kokosöl – ein Dorn im Auge der der Speiseölindustrie

Interessant ist, dass die meisten der aufgeführten positiven Eigenschaften und Wirkungen des Kokosöls schon seit vielen Jahrzehnten bekannt sind – wie die Daten der aufgeführten Studien zeigen. Doch anstatt sie publik zu machen, schwatzte man uns aufwendig hergestellte Industrieöle aus mittlerweile teilweise gentechnisch veränderten Saaten wie Rapsöl oder Sojaöl als besonders gesund auf.

Leider ließ man die Vorteile des Kokosöls nicht nur unter den Tisch fallen, man machte es sogar regelrecht schlecht, um auf diese Weise möglichst alle Menschen auf die Seite der mehrfach ungesättigten Pflanzenöle zu ziehen, die zu allem Überfluss hochgradig industriell verarbeitet werden.

Mehr als drei Jahrzehnte lang litten das Kokosöl und seine Erzeuger unter den Diffamierungen, die ihren Ursprung in den USA hatten und beispielsweise aus Veröffentlichungen der Verbraucherschutzorganisation „Center for Science in the Public Interest“ (CSPI), der „American Soybean Association“ (ASA) und anderen Vertretern der Speiseölindustrie stammten.

Gleichzeitig gab es Publikationen der wissenschaftlichen und medizinischen Fachwelt, die ihre Fehlinformationen wiederum von Institutionen wie der CSPI und der ASA erhalten hatten.

Kokosöl – ein Opfer von Intrigen und Desinformation

In den späten Fünfzigerjahren behauptete ein Forscher in Minnesota, dass gehärtete Pflanzenfette die Ursache für das Ansteigen der Herzkrankheiten seien. Die Speiseölindustrie fürchtete Umsatzeinbußen und verkündete, dass nicht die Härtung das Problem sei, sondern die in den gehärteten Fetten vorhandenen gesättigten Fettsäuren. Zur selben Zeit berichtete ein Forscher aus Philadelphia, der Konsum von mehrfach ungesättigten Fettsäuren führe zur Senkung des Cholesterinspiegels.

Auf diese wissenschaftliche Veröffentlichung und die allgemeine Anerkennung derselben reagierte die Speiseölindustrie damit, dass sie sich immer mehr darauf konzentrierte, die in den Lebensmitteln vorkommenden „gesättigten Fette“ durch „mehrfach ungesättigte Fette“ zu ersetzen.

Bei der industriellen Verarbeitung ungesättigter Fette besteht jedoch die enorme Gefahr, dass sich aufgrund der Unbeständigkeit dieser Fette schädliche

Abbauprodukte und die ganz besonders gefährlichen Transfette entwickeln können. Allerdings interessierte dies seinerzeit noch niemanden.

Im August 1986 gab die oben genannte Verbraucherschutzorganisation CSPI eine „Pressemitteilung“ heraus, worin sie „Palm-, Kokos- und Palmkernöl“ als „reich an arterienverstopfenden gesättigten Fetten“ bezeichnete. Die CSPI forderte überdies den obligatorischen Kennzeichnungszusatz „gesättigtes Fett“, wenn Kokosöl oder auch Palmöl in einem Produkt enthalten waren.

1988 veröffentlichte die CSPI eine Broschüre mit dem Titel „Saturated Fat Attack“ (zu Deutsch: Angriff auf gesättigte Fette) mit Listen von Produkten, die „unerwünschte tropische Öle“ enthielten, damit der Verbraucher diese Produkte meiden konnte. Diese Broschüre wies eine Menge schwerwiegender Fehler auf: So wurde beispielsweise die Biochemie von Fetten und Ölen fehlerhaft beschrieben, außerdem waren die Angaben über die Fett- und Ölzusammensetzung vieler Produkte nicht korrekt.

Das alles war nebensächlich. Hauptsache, der Verbraucher mied künftig tropische Fette wie Kokosöl und kaufte nur noch einheimische Öle und Fette beziehungsweise Produkte daraus.

Kokosöl im Fokus der Sojaölindustrie

Zur selben Zeit startete die „American Soybean Association“ (ASA) ebenfalls eine Kampagne gegen Kokosöl und andere tropische Öle, zum Beispiel, indem sie Anti-Kokosöl-Briefe an die Sojabohnenbauern versendete oder Anzeigen mit einer „Anleitung zur Bekämpfung von [tropischen] Fetten“ schaltete. Ein anderes ASA-Projekt bestand darin, einen „Ernährungswissenschaftler“ zur Überwachung von Supermärkten in Washington einzustellen, der die Lebensmittel auf ihren Gehalt an Kokosöl und anderen tropischen Ölen überprüfen sollte.

Anfang 1987 forderte die ASA die FDA (amerikanische Gesundheitsbehörde) auf, die Kennzeichnungspflicht „enthält tropische Fette“ einzuführen – und blies damit in dasselbe Horn wie zuvor die CSPI. Mitte 1987 ging es weiter mit der ASA-Kampagne gegen Kokosöl. Am 3. Juni 1987 erschien in der „New York Times“ der Leitartikel „The Truth About Vegetable Oil“ (zu Deutsch: Die Wahrheit über pflanzliche Öle), worin Kokosöl und andere tropische Öle als „die billigeren, arterienverstopfenden Öle aus Malaysia und Indonesien“ bezeichnet wurden und die Behauptung aufgestellt wurde, dass tropische Öle nicht den amerikanischen Ernährungsrichtlinien entsprechen würden, obwohl dies keineswegs geklärt war. Die Bezeichnung „Arterienverstopfung“ stammte von der CSPI.

Das ASA-Magazin „Media Alert“ gab außerdem bekannt, dass das „National Heart, Lung and Blood Institute“ und der „National Research Council“ „Verbrauchern dazu rieten, Palm-, Palmkern- und Kokosöl zu vermeiden“.

Angriff auf Kokosöl lenkte vom wahren Übeltäter ab

Und so ging es immer weiter, sodass auch heute noch viele Menschen – darunter sogar Ärzte und Ernährungsfachleute – von Kokosöl aufgrund der darin gesättigten Fettsäuren abraten, weil sie den Anti-Kokosöl-Kampagnen der Sojaölindustrie und anderer Interessengruppen auf den Leim gegangen waren.

Was waren nun die Ergebnisse der Anti-Kokosöl-Aktionen? Die Menschen konzentrierten sich auf das Meiden von Kokosöl und anderer tropischer Fette. Sie kauften und aßen die einheimischen, aber meist industriell verarbeiteten Pflanzenöle wie Soja-, Sonnenblumen- und Rapsöl und achteten auch beim Kauf von Fertigprodukten darauf, dass bloß kein Kokosöl darin enthalten war. Niemand kümmerte sich jedoch um die wirklichen Übeltäter, nämlich die Transfette in gehärteten Ölen und Fetten. Transfette aber entstehen nur aus ungesättigten Fettsäuren, niemals aus gesättigten Fettsäuren.

Fazit

Genießen Sie das köstliche Kokosöl – natürlich in kalt gepresster Bioqualität – und meiden Sie verarbeitete Fette aus ungesättigten Fettsäuren, die in sehr vielen Fertigprodukten enthalten sind.

Kokosöl – gesund und lecker - Teil 2

Quelle: Zentrum der Gesundheit

Kokosöl ist gemeinsam mit vielen anderen Kokosprodukten seit Jahrtausenden für viele Völker ein Grundnahrungsmittel. Kokosfett kann nicht nur in der Küche eingesetzt werden. Es wurden gar positive Eigenschaften bei verschiedenen Erkrankungen beobachtet.

Kokosöl und Herzkrankheiten

Die über vier Jahrzehnte anhaltende Forschung über die Wechselwirkungen zwischen Kokosöl als Nahrungsbestandteil und Herzerkrankungen kam im Großen und Ganzen zu ein und demselben Ergebnis: Kokosöl ist äußerst hilfreich dabei, die Risikofaktoren für Herzerkrankungen zu minimieren.

Blackburn et alii (1988) setzten sich in ihrer Untersuchung mit der veröffentlichten Literatur über die „Auswirkungen von Kokosöl auf Serumcholesterin und Atherogenese“ auseinander und kamen zu dem Schluss, dass „Kokosöl, wenn es mit anderen Fetten oder ausreichend mit Linolsäure ergänzt wird, hinsichtlich der Atherogenese ein neutrales Fett darstellt“ (Atherogenese = Entstehung/Entwicklung der Arteriosklerose).

Nachdem sich Kurup & Rajmoran Ende der Neunzigerjahre mit derselben Literatur beschäftigt hatten, führten sie eine Studie mit 64 Freiwilligen durch und fanden durch Kokosölkonsum „keine statistisch signifikante Veränderung bei sämtlichen Cholesterinwerten (Gesamtcholesterin, HDL-Cholesterin, LDL-Cholesterin etc.) im Vergleich zum Ausgangswert“. Die Ergebnisse gaben sie 1995 in Indien am „Symposium on Coconut and Coconut Oil in Human Nutrition“ bekannt.

Kaunitz und Dayrit untersuchten noch früher, nämlich schon 1992, die epidemiologischen Versuchsdaten von Gruppen, die zeitlebens Kokosnüsse verzehrt hatten, und schrieben:

„Die vorliegenden Bevölkerungsstudien zeigen, dass Kokosöl in der Ernährung weder zu einem hohen Serumcholesterinwert noch zu einer hohen Sterblichkeit oder Krankhaftigkeit durch koronare Herzkrankheiten führt.“

Sie stellten weiterhin fest, dass Mendis et alii (1989) bei jungen männlichen Erwachsenen aus Sri Lanka unerwünschte Lipidveränderungen nachgewiesen hatten, nachdem sie ihre Ernährung von gewöhnlichem Kokosöl auf Maisöl umgestellt hatten. Obwohl der Serumcholesterinwert aufgrund des Maisöls um 18,7 Prozent und der LDL-Cholesterinwert um 23,8 Prozent sank, fiel auch der HDL-Cholesterinwert (gutes Cholesterin) um 41,4 Prozent und damit weit unter den niedrigsten akzeptablen HDL-Wert von 35 mg/dL, sodass der LDL/HDL-Quotient um 30 Prozent anstieg – was ein äußerst schlechtes Zeichen ist.

Zuvor hatten Prior et alii (1981) Ähnliches gezeigt, nämlich dass bei Inselbewohnern, die große Mengen Kokosöl zu sich nehmen, „keine Anzeichen dafür beobachtet wurden, dass die hohe Zufuhr von gesättigten Fetten bei diesen Gruppen eine schädliche Wirkung hat“. Wanderten diese Gruppen aber nach Neuseeland aus, wo sich ihr Kokosölkonsum verringerte, stieg ihr Gesamtcholesterin- und LDL-Cholesterinwert an und ihr HDL-Cholesterinwert sank.

Mendis & Kumarasunderam (1990) verglichen nun die Wirkung von Kokos- und Sojaöl bei jungen Männern mit normalen Blutfettwerten, und wieder führte der Verzehr von Kokosöl zu einem Anstieg des HDL-Cholesterinwertes (gutes Cholesterin), wohingegen Sojaöl dieses erwünschte Lipoprotein senkte.

Kokosöl gegen Arteriosklerose?

In weiteren Forschungen wurde nachgewiesen, dass Herpes- und Cytomegaloviren eine Rolle bei der Bildung arteriosklerotischer Ablagerungen in den Blutgefäßen sowie bei der Wiederverengung der Arterien nach einer Angioplastie (operative Erweiterung eines Blutgefäßes, zum Beispiel durch Einsetzen eines Stents) spielen könnten (Artikel in der „New York Times“ von 1984).

Interessant dabei ist, dass das antimikrobiell wirkende Monolaurin – wie wir oben gesehen haben – ja genau diese Herpes- und Cytomegaloviren hemmen kann, Monolaurin aber nur dann im Körper gebildet wird, wenn Laurinsäure ein wesentlicher Bestandteil der Ernährung ist. Und Laurinsäure ist im Kokosöl enthalten. Eine Übersichtsarbeit (Review) von Lawrence (2013) fasst den aktuellen Wissensstand folgendermaßen zusammen:

„Obwohl frühere Studien darauf hinwiesen, dass eine Ernährung mit gesättigten Fettsäuren und gleichzeitig niedriger Zufuhr mehrfach ungesättigter Fettsäuren den Cholesterinspiegel und das Herzerkrankungsrisiko steigen lasse, war die Beweislage schon immer schwach.“

Im Laufe der Jahre zeigte sich, dass gesättigte Fette – insbesondere gesättigte Fette aus Kokosnüssen – nicht mit Herzkrankheiten oder anderen Gesundheitsproblemen im Zusammenhang stehen, sondern im Gegenteil die Gesundheit verbessern können.

So könnte man die häufige Empfehlung, Kokosöl wegen der angeblich gefährlichen gesättigten Fettsäuren zu meiden, auch als einen Beitrag zum Anstieg koronarer Herzerkrankungen ansehen – und vielleicht auch zum Anstieg der Demenz in der Bevölkerung.

Kokosöl gegen Demenz

Das von Alzheimer betroffene Gehirn kann nur noch unzureichend Glukose als Energiequelle nutzen. Aus Kokosöl können jedoch sogenannte Ketone hergestellt werden. Diese kann auch das Alzheimer-Gehirn zur Energiegewinnung nutzen, die

Symptome nehmen daraufhin ab und die Krankheit schreitet langsamer voran oder bessert sich sogar.

Kokosöl bei Krebs

Auch bei Krebs sollte Kokosöl in die Ernährung integriert werden. Es versorgt den oft ausgezehrteten Körper mit leicht verdaulichen Kalorien, entlastet durch seine antimikrobielle Wirkungen das Immunsystem und wirkt zusätzlich entzündungshemmend.

Ja, es gibt sogar ein konkretes Programm („Die ketogene Reinigung“), das über drei bis zehn Tage durchgeführt wird und dabei hilft, Krebszellen auszuhungern, während gesunde Körperzellen mit Brennstoff aus den aus dem Kokosöl stammenden Ketonen versorgt werden.

Ist Kokosöl an der Bildung von Fettgeschwulsten beteiligt?

Sogenannte Atherome sind gutartige Fettgeschwulste, die sich meist am behaarten Kopfbereich – zum Beispiel am Nacken oder, hinter den Ohren – oder aber am Bauch bilden. Es handelt sich dabei um gutartige Zysten, die sich mit Fett füllen. Nun könnte man denken, dass die Zysten mit den „bösen“ gesättigten Fettsäuren gefüllt sind, die der Körper irgendwo abzulagern versucht. Doch weit gefehlt.

Die chemische Analyse von Atheromen hat gezeigt, dass diese zu etwa 40 Prozent aus mehrfach ungesättigten und zu über 30 Prozent aus einfach ungesättigten Fettsäuren, also insgesamt zu 70 Prozent aus ungesättigten Fettsäuren, hingegen nur zu knapp 25 Prozent aus gesättigten Fettsäuren bestehen. Bei keiner der gesättigten Fettsäuren handelte es sich um Fettsäuren aus Kokosöl, also weder um Laurin- noch um Myristinsäure (Felton et alii, 1994).

Kokosöl – ein Dorn im Auge der der Speiseölindustrie

Interessant ist, dass die meisten der aufgeführten positiven Eigenschaften und Wirkungen des Kokosöls schon seit vielen Jahrzehnten bekannt sind – wie die Daten der aufgeführten Studien zeigen. Doch anstatt sie publik zu machen, schwatzte man uns aufwendig hergestellte Industrieöle aus mittlerweile teilweise gentechnisch veränderten Saaten wie Rapsöl oder Sojaöl als besonders gesund auf.

Leider ließ man die Vorteile des Kokosöls nicht nur unter den Tisch fallen, man machte es sogar regelrecht schlecht, um auf diese Weise möglichst alle Menschen auf die Seite der mehrfach ungesättigten Pflanzenöle zu ziehen, die zu allem Überfluss hochgradig industriell verarbeitet werden.

Mehr als drei Jahrzehnte lang litten das Kokosöl und seine Erzeuger unter den Diffamierungen, die ihren Ursprung in den USA hatten und beispielsweise aus Veröffentlichungen der Verbraucherschutzorganisation „Center for Science in the Public Interest“ (CSPI), der „American Soybean Association“ (ASA) und anderen Vertretern der Speiseölindustrie stammten.

Gleichzeitig gab es Publikationen der wissenschaftlichen und medizinischen Fachwelt, die ihre Fehlinformationen wiederum von Institutionen wie der CSPI und der ASA erhalten hatten.

Kokosöl – ein Opfer von Intrigen und Desinformation

In den späten Fünfzigerjahren behauptete ein Forscher in Minnesota, dass gehärtete Pflanzenfette die Ursache für das Ansteigen der Herzkrankheiten seien. Die Speiseölindustrie fürchtete Umsatzeinbußen und verkündete, dass nicht die Härtung das Problem sei, sondern die in den gehärteten Fetten vorhandenen gesättigten Fettsäuren. Zur selben Zeit berichtete ein Forscher aus Philadelphia, der Konsum von mehrfach ungesättigten Fettsäuren führe zur Senkung des Cholesterinspiegels.

Auf diese wissenschaftliche Veröffentlichung und die allgemeine Anerkennung derselben reagierte die Speiseölindustrie damit, dass sie sich immer mehr darauf konzentrierte, die in den Lebensmitteln vorkommenden „gesättigten Fette“ durch „mehrfach ungesättigte Fette“ zu ersetzen.

Bei der industriellen Verarbeitung ungesättigter Fette besteht jedoch die enorme Gefahr, dass sich aufgrund der Unbeständigkeit dieser Fette schädliche Abbauprodukte und die ganz besonders gefährlichen Transfette entwickeln können. Allerdings interessierte dies seinerzeit noch niemanden.

Im August 1986 gab die oben genannte Verbraucherschutzorganisation CSPI eine „Pressemitteilung“ heraus, worin sie „Palm-, Kokos- und Palmkernöl“ als „reich an arterienverstopfenden gesättigten Fetten“ bezeichnete. Die CSPI forderte überdies den obligatorischen Kennzeichnungszusatz „gesättigtes Fett“, wenn Kokosöl oder auch Palmöl in einem Produkt enthalten waren.

1988 veröffentlichte die CSPI eine Broschüre mit dem Titel „Saturated Fat Attack“ (zu Deutsch: Angriff auf gesättigte Fette) mit Listen von Produkten, die „unerwünschte tropische Öle“ enthielten, damit der Verbraucher diese Produkte meiden konnte. Diese Broschüre wies eine Menge schwerwiegender Fehler auf: So wurde beispielsweise die Biochemie von Fetten und Ölen fehlerhaft beschrieben, außerdem waren die Angaben über die Fett- und Ölzusammensetzung vieler Produkte nicht korrekt.

Das alles war nebensächlich. Hauptsache, der Verbraucher mied künftig tropische Fette wie Kokosöl und kaufte nur noch einheimische Öle und Fette beziehungsweise Produkte daraus.

Kokosöl im Fokus der Sojaölindustrie

Zur selben Zeit startete die „American Soybean Association“ (ASA) ebenfalls eine Kampagne gegen Kokosöl und andere tropische Öle, zum Beispiel, indem sie Anti-Kokosöl-Briefe an die Sojabohnenbauern versendete oder Anzeigen mit einer „Anleitung zur Bekämpfung von [tropischen] Fetten“ schaltete. Ein anderes ASA-

Projekt bestand darin, einen „Ernährungswissenschaftler“ zur Überwachung von Supermärkten in Washington einzustellen, der die Lebensmittel auf ihren Gehalt an Kokosöl und anderen tropischen Ölen überprüfen sollte.

Anfang 1987 forderte die ASA die FDA (amerikanische Gesundheitsbehörde) auf, die Kennzeichnungspflicht „enthält tropische Fette“ einzuführen – und blies damit in dasselbe Horn wie zuvor die CSPI. Mitte 1987 ging es weiter mit der ASA-Kampagne gegen Kokosöl. Am 3. Juni 1987 erschien in der „New York Times“ der Leitartikel „The Truth About Vegetable Oil“ (zu Deutsch: Die Wahrheit über pflanzliche Öle), worin Kokosöl und andere tropische Öle als „die billigeren, arterienverstopfenden Öle aus Malaysia und Indonesien“ bezeichnet wurden und die Behauptung aufgestellt wurde, dass tropische Öle nicht den amerikanischen Ernährungsrichtlinien entsprechen würden, obwohl dies keineswegs geklärt war. Die Bezeichnung „Arterienverstopfung“ stammte von der CSPI.

Das ASA-Magazin „Media Alert“ gab außerdem bekannt, dass das „National Heart, Lung and Blood Institute“ und der „National Research Council“ „Verbrauchern dazu rieten, Palm-, Palmkern- und Kokosöl zu vermeiden“.

Angriff auf Kokosöl lenkte vom wahren Übeltäter ab

Und so ging es immer weiter, sodass auch heute noch viele Menschen – darunter sogar Ärzte und Ernährungsfachleute – von Kokosöl aufgrund der darin gesättigten Fettsäuren abraten, weil sie den Anti-Kokosöl-Kampagnen der Sojaölindustrie und anderer Interessengruppen auf den Leim gegangen waren.

Was waren nun die Ergebnisse der Anti-Kokosöl-Aktionen? Die Menschen konzentrierten sich auf das Meiden von Kokosöl und anderer tropischer Fette. Sie kauften und aßen die einheimischen, aber meist industriell verarbeiteten Pflanzenöle wie Soja-, Sonnenblumen- und Rapsöl und achteten auch beim Kauf von Fertigprodukten darauf, dass bloß kein Kokosöl darin enthalten war. Niemand kümmerte sich jedoch um die wirklichen Übeltäter, nämlich die Transfette in gehärteten Ölen und Fetten. Transfette aber entstehen nur aus ungesättigten Fettsäuren, niemals aus gesättigten Fettsäuren.

Fazit

Genießen Sie das köstliche Kokosöl – natürlich in kalt gepresster Bioqualität – und meiden Sie verarbeitete Fette aus ungesättigten Fettsäuren, die in sehr vielen Fertigprodukten enthalten sind.