

Autor Jahr, EK, Land Studiename	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	Anmerkungen	
Bendsen et al. 2011, EK Ila*, USA, Finnland, Niederlande, Dänemark	Meta-Analyse von 8 Kohortenstudien 6-21 Jahre	Männer und Frauen ohne Vorgeschichte an KHK	667-78778 Männer und Frauen 30-84 Jahre	FFQ, 7 Tage Wiegeprotokoll, Diet history, 24-h Recall	TFA	KHK	Vergleich extremer Quintilen der TFA-Zufuhr (Zufuhrmengen rangieren in den einzelnen Studien zwischen 2,8 g/Tag bis 4 En% [ca.10 g pro Tag])	RR (95 % CI) 1,22 (1,08; 1,38)	p = 0,002	Alter, Blutlipide, Blutdruck, BMI, Diabetes-Status, Bildung, Familiengeschichte an Myokardinfarkt, Vorgeschichte an erhöhtem Cholesteroll, Vorgeschichte an Bluthochdruck, Bluthochdruck, Zufuhr von Alkohol, Cholesteroll, Energie, BS, Lebensmitteln die IP-TFA enthalten, Obst und Gemüse, Linolsäure, α - Linolensäure, langkettige n-3 FA, MUFA, PUFA, SFA, Protein, menopausaler Status, körperliche Aktivität, Geschlecht, Rauchen, Nutzung von Aspirin, Nutzung von postmenopausalen Hormonen, Vitamin E Supplemente, Vitaminsupplemente, Behandlungsgruppe, Studienzenter, Kohorten-ID, Beruf	*In Meta-Analyse von Bendsen et al. 2011 enthaltene Studien: Ascherio et al. 1996, Oh et al. 2005, Oomen et al. 2001, Pietinen et al. 1997, Xu et al. 2006	
						tödliche KHK		RR (95 % CI) 1,24 (1,07; 1,43)	p = 0,003			
	Meta-Analyse von 4 Kohortenstudien 6,1-10 Jahre	Männer und Frauen ohne Vorgeschichte an KHK	667-69181 Männer und Frauen 34-84 Jahre	FFQ, 7 Tage Wiegeprotokoll, Diet history	TFA von Wiederkäufern (R- TFA)	KHK + tödliche KHK	Risikoveränderung bei Anstieg der R-TFA-Zufuhr	RR (95 % CI) 0,92 (0,76; 1,11)	p = 0,36	Alter, Blutdruck, BMI, Bildung, Familiengeschichte an Myokardinfarkt, Bluthochdruck, Zufuhr von Alkohol, Cholesteroll, Energie, BS, Lebensmitteln die IP-TFA enthalten, Linolsäure, MUFA, PUFA, SFA, Protein, menopausaler Status, körperliche Aktivität, Rauchen, Nutzung von postmenopausalen Hormonen, Vitaminsupplemente, Behandlungsgruppe, Kohorten-ID	*In Meta-Analyse von Bendsen et al. 2011 enthaltene Studien: Jakobsen et al. 2008, Oomen et al. 2001, Pietinen et al. 1997, Willet et al. 1993	
Meta-Analyse von 3 Kohortenstudien 6,1-18 Jahre	Männer und Frauen ohne Vorgeschichte an KHK	667-69181 Männer und Frauen 30-84 Jahre	FFQ, Diet history	TFA aus industriell gehärteten Pflanzenfetten (IP- TFA)	KHK + tödliche KHK	Risikoveränderung bei Anstieg der IP-TFA-Zufuhr	RR (95 % CI) 1,21 (0,97; 1,50)	p = 0,09	Alter, Blutdruck, BMI, Bildung, Familiengeschichte an Myokardinfarkt, Bluthochdruck, Zufuhr von Alkohol, Cholesteroll, Energie, BS, Linolsäure, MUFA, PUFA, SFA, menopausaler Status, körperliche Aktivität, Rauchen, Nutzung von postmenopausalen Hormonen, Vitaminsupplemente, Behandlungsgruppe	*In Meta-Analyse von Bendsen et al. 2011 enthaltene Studien: Oomen et al. 2001, Pietinen et al. 1997, Willet et al. 1993		
Chowdhury et al. 2014, EK Ia* + EK Ila*, Nordamerika, Europa, Asien/Pazifik	Meta-Analyse von 20 Kohortenstudien	Überwiegend Personen ohne Vorgeschichte an KHK	276783 Männer und Frauen	Ernährungs- fragebögen, Ernährungs- protokolle	SFA	KHK	Vergleich von oberster mit unterster Tertile	RR (95 % CI) 1,03 (0,98; 1,07)	p = 0,059	Alter, Geschlecht, Rauchen, Vorgeschichte an Diabetes und Bluthochdruck	*In Meta-Analyse von Chowdhury et al. 2014 enthaltene Studien: Boniface & Tefft 2002, Erkkila et al. 2003, Esrey et al. 1996, Fehily et al. 1993, Goldbourt et al. 1993, Jakobsen et al. 2004, Kushi et al. 1985, Laaksonen et al. 2005, Mann et al. 1997, McGee et al. 1984, Mozaffarian et al. 2005, Oh et al. 2005, Pietinen et al. 1997, Posner et al. 1991, Shekelle et al. 1981, Trichopoulos et al. 2006, Tucker et al. 2005, Wallstöm et al.2012, Xu et al. 2006, Yamagishi et al. 2010	
	Meta-Analyse von 9 Kohortenstudien	Personen ohne Vorgeschichte an KHK	144219 Männer und Frauen		MUFA			RR (95 % CI) 1,00 (0,91; 1,10)				p = 0,024
	Meta-Analyse von 7 Kohortenstudien	Personen ohne Vorgeschichte an KHK	157258 Männer und Frauen		ALA			RR (95 % CI) 0,99 (0,86; 1,14)				p = 0,016

Autor Jahr, EK, 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	Anmerkungen
	Meta-Analyse von 16 Kohortenstudien	Überwiegend Personen ohne Vorgeschichte an KHK	422786 Männer und Frauen		langkettige n-3 PUFA			RR (95 % CI) 0,87 (0,78; 0,97)	p = 0,000		"In Meta-Analyse von Chowdhury et al. 2014 enthaltene Studien: de Goede et al. 2010, Egeland et al. 2001, Iso et al. 2006, Jarvinen et al. 2006, Laaksonen et al. 2005, Manger et al. 2010, Mozaffarian et al. 2003, Mozaffarian et al. 2005, Nagata et al. 2002, Oh et al. 2005, Pietinen et al. 1997, Streppel et al. 2008, Strom et al. 2012, Vedtofte et al. 2011, Wallström et al. 2012, Yamagishi et al. 2010
	Meta-Analyse von 8 Kohortenstudien	Personen ohne Vorgeschichte an KHK	206376 Männer und Frauen		n-6 PUFA			RR (95 % CI) 0,98 (0,90; 1,06)	p = 0,036		"In Meta-Analyse von Chowdhury et al. 2014 enthaltene Studien: Laaksonen et al. 2005, Mozaffarian et al. 2005, Oh et al. 2005, Pietinen et al. 1997, Vedtofte et al. 2011, Wallström et al. 2012
	Meta-Analyse von 5 Kohortenstudien	Personen ohne Vorgeschichte an KHK	155270 Männer und Frauen		TFA			RR (95 % CI) 1,16 (1,06; 1,27)	p = 0,388		"In Meta-Analyse von Chowdhury et al. 2014 enthaltene Studien: Mozaffarian et al. 2005, Oh et al. 2005, Pietinen et al. 1997, Streppel et al. 2008, Xu et al. 2006
	Meta-Analyse von 8 Kohortenstudien	Personen ohne Vorgeschichte an KHK	15590 Männer und Frauen	Fettsäuren Biomarker	SFA		Vergleich von oberster mit unterster Tertile	RR (95 % CI) 1,06 (0,86; 1,30)	p = 0,001	Alter, Geschlecht, Rauchen, Vorgeschichte an Diabetes und Bluthochdruck	"In Meta-Analyse von Chowdhury et al. 2014 enthaltene Studien: Clarke et al. 2009, Khaw et al. 2012, Laaksonen et al. 2005, Pilz et al. 2007, Wang et al. 2003, Warensjo et al. 2008, Warensjo et al. 2010
	Meta-Analyse von 6 Kohortenstudien	Personen ohne Vorgeschichte an KHK	14356 Männer und Frauen		MUFA			RR (95 % CI) 1,06 (0,97; 1,17)	p = 0,64		"In Meta-Analyse von Chowdhury et al. 2014 enthaltene Studien: k. A.
	Meta-Analyse von 8 Kohortenstudien	Überwiegend Personen ohne Vorgeschichte an KHK	14945 Männer und Frauen		ALA			RR (95 % CI) 0,93 (0,83; 1,03)	p = 0,89		"In Meta-Analyse von Chowdhury et al. 2014 enthaltene Studien: Erkkila et al. 2003, Khaw et al. 2012, Laaksonen et al. 2005, Mozaffarian et al. 2013, Simon et al. 1995, Pilz et al. 2007, Wang et al. 2003, Warensjo et al. 2008
	Meta-Analyse von 4 Kohortenstudien	Personen ohne Vorgeschichte an KHK	10558 Männer und Frauen		langkettige n-3 PUFA			RR (95 % CI) 0,84 (0,63; 1,11)	p = 0,002		"In Meta-Analyse von Chowdhury et al. 2014 enthaltene Studien: Khaw et al. 2012, Mozaffarian et al. 2013, Sun et al. 2008, Wang et al. 2003
	Meta-Analyse von 13 Kohortenstudien	Überwiegend Personen ohne Vorgeschichte an KHK	23065 Männer und Frauen		EPA			RR (95 % CI) 0,78 (0,65; 0,94)	p = 0,001		"In Meta-Analyse von Chowdhury et al. 2014 enthaltene Studien: Albert et al. 2002, Clarke et al. 2009, Domei et al. 2012, Erkkila et al. 2003, Hakura et al. 2011, Khaw et al. 2012, Laaksonen et al. 2005, Pilz et al. 2007, Simon et al. 1995, Sun et al. 2008, Warensjo et al. 2008
	Meta-Analyse von 13 Kohortenstudien	Überwiegend Personen ohne Vorgeschichte an KHK	23065 Männer und Frauen		DHA			RR (95 % CI) 0,79 (0,67; 0,93)	p = 0,023		"In Meta-Analyse von Chowdhury et al. 2014 enthaltene Studien: Albert et al. 2002, Clarke et al. 2009, Domei et al. 2012, Erkkila et al. 2003, Hakura et al. 2011, Khaw et al. 2012, Laaksonen et al. 2005, Pilz et al. 2007, Simon et al. 1995, Sun et al. 2008, Warensjo et al. 2008
	Meta-Analyse von 2 Kohortenstudien	Personen ohne Vorgeschichte an KHK	7432 Männer und Frauen		n-6 PUFA			RR (95 % CI) 0,94 (0,84; 1,06)	p = 0,68		"In Meta-Analyse von Chowdhury et al. 2014 enthaltene Studien: Khaw et al. 2012, Wang et al. 2003

Autor Jahr, EK, Land Studiename	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	Anmerkungen		
	Meta-Analyse von 10 Kohortenstudien	Überwiegend Personen ohne Vorgeschichte an KHK	23022 Männer und Frauen		LA			RR (95 % CI) 0,99 (0,77; 1,28)	p < 0,001		*In Meta-Analyse von Chowdhury et al. 2014 enthaltene Studien: Clarke et al. 2009, Erkkila et al. 2003, Hakura et al. 2011, Khaw et al. 2012, Laaksonen et al. 2005, Mozaffarian et al. 2013, Pii z et al. 2007, Simon et al. 1995, Wang et al. 2003, Warensjö et al. 2008		
	Meta-Analyse von 4 Kohortenstudien	Personen ohne Vorgeschichte an KHK	7661 Männer und Frauen		TFA			RR (95 % CI) 1,05 (0,76; 1,44)	p = 0,020			*In Meta-Analyse von Chowdhury et al. 2014 enthaltene Studien: Clarke et al. 2009, Khaw et al. 2012, Mozaffarian et al. 2013, Sun et al. 2008	
	Meta-Analyse von 4 Interventionsstudien	Überwiegend Personen mit Vorgeschichte an KHK	18866 Männer und Frauen		ALA		Intervention (2,0-5,5 g ALA/Tag) vs. Kontrolle	RR (95 % CI) 0,97 (0,69; 1,36)	p = 0,107	*In Meta-Analyse von Chowdhury et al. 2014 enthaltene Studien: Borchgrevink et al. 1966, de Lorgeril 1999, Kromhout et al. 2010, Natvig et al. 1968			
	Meta-Analyse von 17 Interventionsstudien	Überwiegend Personen mit Vorgeschichte an KHK	76580 Männer und Frauen		langkettige n-3 PUFA		Intervention (0,3-0,6 g langkettige n-3 PUFA/Tag) vs. Kontrolle	RR (95 % CI) 0,94 (0,86; 1,03)	p = 0,25	*In Meta-Analyse von Chowdhury et al. 2014 enthaltene Studien: Brouwer et al. 2006, Galan et al. 2010, Gerstein et al. 2012, GISSI-prevenzione 1999, Grundt et al. 2004, Kromhout et al. 2010, Leng et al. 1989, Mozaffarian et al. 2012, Nilsen et al. 2001, Rauch et al. 2010, Raitt et al. 2005, Roncaglioni et al. 2013, Sacks et al. 1995, Svensson et al. 2006, Tavazzi et al. 2008, von Schacky et al. 1999, Yokoyama et al. 2007			
	Meta-Analyse von 8 Interventionsstudien	Personen mit und ohne Vorgeschichte an KHK	14476 Männer und Frauen		n-6 PUFA		Intervention vs. Kontrolle	RR (95 % CI) 0,86 (0,69; 1,07)	p = 0,016	*In Meta-Analyse von Chowdhury et al. 2014 enthaltene Studien: Burr et al. 1989, Dayton & Pearce 1969, Frantz et al. 1989, Leren 1970, Miettinen et al. 1983+1985, MRC 1968, Ramsden et al. 2013, Watts et al. 1994			
de Goede et al. 2013, EK IIa* Niederlande, Finnland, Schweden, USA	Meta-Analyse von 5 prospektiven Studien 5-34 Jahre	Überwiegend Personen ohne Vorgeschichte an KHK	3147 Männer und Frauen 50-60 Jahre (Durch- schnittsalter bei Studien- beginn)		LA	tödliche und nicht tödliche KHK	pro 5 % Anstieg von LA in Cholesterolestern	RR (95 % CI) 0,91 (0,84; 0,98)	p = 0,226		*In Meta-Analyse von de Goede et al. 2013 enthaltene Studien: de Goede et al. 2012 (Kohorte des 'Monitoring Project on Cardiovascular Disease Risk Factors'), de Goede et al. 2012 (Kohorte des 'Monitoring Project on Risk Factors for Chronic Diseases'), Erkkilä et al. 2003, Simon et al. 1995, Warensjö et al. 2008		
			3147 Männer und Frauen 50-60 Jahre (Durch- schnittsalter bei Studien- beginn)		ALA			pro 0,2 % Anstieg von ALA in Cholesterolestern	RR (95 % CI) 1,00 (0,91; 1,10)			p = 0,787	*In Meta-Analyse von de Goede et al. 2013 enthaltene Studien: de Goede et al. 2012 (Kohorte des 'Monitoring Project on Cardiovascular Disease Risk Factors'), de Goede et al. 2012 (Kohorte des 'Monitoring Project on Risk Factors for Chronic Diseases'), Erkkilä et al. 2003, Simon et al. 1995, Warensjö et al. 2008
			3403 Männer und Frauen 50-60 Jahre (Durch- schnittsalter bei Studien- beginn)		EPA			pro 0,5 % Anstieg von EPA in Cholesterolestern	RR (95 % CI) 0,99 (0,93; 1,06)			p = 0,557	*In Meta-Analyse von de Goede et al. 2013 enthaltene Studien: de Goede et al. 2012 (Kohorte des 'Monitoring Project on Cardiovascular Disease Risk Factors'), de Goede et al. 2012 (Kohorte des 'Monitoring Project on Risk Factors for Chronic Diseases'), Erkkilä et al. 2003, Gullar et al. 1995, Warensjö et al. 2008

Autor Jahr, EK, 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	Anmerkungen		
			3403 Männer und Frauen 50-60 Jahre (Durchschnittsalter bei Studienbeginn)		DHA		pro 0,2 % Anstieg von DHA in Cholesterolestern	RR (95 % CI) 1,00 (0,83; 1,20)	p = 0,000		"In Meta-Analyse von de Goede et al. 2013 enthaltene Studien: de Goede et al. 2012 (Kohorte des 'Monitoring Project on Cardiovascular Disease Risk Factors'), de Goede et al. 2012 (Kohorte des 'Monitoring Project on Risk Factors for Chronic Diseases'), Erkkilä et al. 2003, Gullar et al. 1995, Warensjö et al. 2008		
Delgado-Lista et al. 2012, EK Ia*	Meta-Analyse von 12 Interventionsstudien	Hauptsächlich Personen mit bestehender Herzkrankheit, eine bzw. zwei Studien mit überwiegend gesunden Personen	41560 Männer und Frauen	k. A.	langkettige n-3 PUFA	KHK-Ereignisse	Intervention vs. Kontrolle	OR (95 % CI) 0,82 (0,75; 0,90)	p = 0,001		"In Meta-Analyse von Delgado-Lista et al. 2012 enthaltene Studien: Brouwer et al. 2006, Einvik et al. 2010, Galan et al. 2010, GISSI-prevenzione 1999, GISSI-HF 2008, Leng et al. 1998, Nilsen et al. 2001, Nye et al. 1990, Raitt et al. 2005, Sacks et al. 1995, von Schacky et al. 1999, Yokoyama et al. 2007		
	Meta-Analyse von 13 Interventionsstudien		46737 Männer und Frauen			KHK-Mortalität		OR (95 % CI) 0,91 (0,83; 0,99)	p = 0,03			"In Meta-Analyse von Delgado-Lista et al. 2012 enthaltene Studien: Brouwer et al. 2006, Burr et al. 2003, Einvik et al. 2010, GISSI-prevenzione 1999, GISSI-HF 2008, Leaf et al. 1994, Leaf et al. 2005, Nilsen et al. 2001, Raitt et al. 2005, Rauch et al. 2010, Sacks et al. 1995, von Schacky et al. 1999, Yokoyama et al. 2007	
	Meta-Analyse von 14 Interventionsstudien		45285 Männer und Frauen			kardiovaskuläre Ereignisse		OR (95 % CI) 0,90 (0,85; 0,96)	p = 0,001			"In Meta-Analyse von Delgado-Lista et al. 2012 enthaltene Studien: Brouwer et al. 2006, Burr et al. 2003, Einvik et al. 2010, Galan et al. 2010, GISSI-prevenzione 1999, GISSI-HF 2008, Leaf et al. 1994, Leng et al. 1998, Nodari et al. 2011, Nilsen et al. 2001, Raitt et al. 2005, Sacks et al. 1995, von Schacky et al. 1999, Yokoyama et al. 2007	
Einvik et al. 2010, EK Ib, Norwegen The Diet and Omega-3 Intervention Trial	Intervention, randomisiert, kontrolliert 3 Jahre	Männer größtenteils ohne Vorgeschichte an KHK, aber mit hohem Risiko für eine KHK	563 Männer 64-76 Jahre		EPA, DHA	kardiovaskuläre Ereignisse	4 Gruppen 1) Kontrolle mit Placebo (Maisöl) 2) Ernährungsberatung und Placebo (Maisöl) 3) Supplementation von 2,4 g n-3 Kapseln/Tag 4) Ernährungsberatung und Supplementation von 2,4 g n-3 Kapseln/Tag	HR (95 % CI) 0,89 (0,55; 1,44)	p = 0,624	Alter, Serumglucose, BMI, systolischer Blutdruck, Rauchstatus			
Farvid et al. 2014, EK IIa* Nordamerika, Europa, Israel	Meta-Analyse von 8 Publikationen basierend auf Daten von 13 Kohortenstudien 5,3-30 Jahre	Erwachsene ohne Vorgeschichte an kardiovaskulären Krankheiten	310602 Männer und Frauen	FFQ, Diet history, 7 Tage Wiegeprotokoll, 24-h Recall, Protokoll über gekochte Mahlzeiten und Kaltgetränke an 7 Tagen	n-6 PUFA	KHK-Ereignisse (10 Studien)	Vergleich von höchster mit niedrigster Zufuhr	RR (95% CI) 0,85 (0,78; 0,92)				* In Meta-Analyse von Farvid et al. 2014 enthaltene Studien: Ascherio et al. 1996, de Goede et al. 2012, Dolecek 1992, Jakobsen et al. 2009, Oh et al. 2005, Pietinen et al. 1997, Vedtofte et al. 2011, Wallsrom et al. 2012	
						KHK-Mortalität (11 Studien)	Vergleich von höchster mit niedrigster Zufuhr	RR (95% CI) 0,79 (0,71; 0,89)					
						SFA, n-6 PUFA	KHK-Ereignisse (8 Studien)	Ersatz von 5 En% SFA durch n-6 PUFA					RR (95% CI) 0,91 (0,87; 0,96)
						KHK-Mortalität	Ersatz von 5 En% SFA durch n-6 PUFA	RR (95% CI) 0,87 (0,82; 0,94)					

Autor Jahr, EK, Land Studiename	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	Anmerkungen	
Hooper et al. 2006, EK Ia*	Meta-Analyse von 18 Interventionsstudien	Personen mit und ohne kardiovaskuläre Risikofaktoren	33625 Männer und Frauen	k. A.	n-3 FA gesamt	kardiovaskuläre Ereignisse	Intervention (high n-3 FA) vs. Kontrolle (low n-3 FA)	RR (95 % CI) 0,95 (0,82; 1,12)	p = 0,57		*In Meta-Analyse von Hooper et al. 2006 enthaltene Studien: Burr et al. 1989, Burr et al. 2003, Borchgrevink et al. 1966, Brox et al. 2001, Dehmer et al. 1998, Eritsland et al. 1996, GISSI-Prevenzione Investigators 1999, Johansen et al. 1999, Kaul et al. 1992, Leaf et al. 1994, Malaguarnera et al. 1999, Maresta et al. 2002, Natvig et al. 1968, Nilsen et al. 2001, Reis et al. 1991, Sacks et al. 1995, Singh et al. 1997, von Schacky et al. 1999	
	Meta-Analyse von 16 Interventionsstudien		19899 Männer und Frauen		langkettige n-3 FA	Intervention (hoher Gehalt an langkettigen n-3 FA) vs. Kontrolle (niedriger Gehalt an langkettigen n-3 FA)	RR (95 % CI) 0,93 (0,79; 1,11)	k. A.	*In Meta-Analyse von Hooper et al. 2006 enthaltene Studien: Burr et al. 1989, Burr et al. 2003, Brox et al. 2001, Dehmer et al. 1998, Eritsland et al. 1996, GISSI-Prevenzione Investigators 1999, Johansen et al. 1999, Kaul et al. 1992, Leaf et al. 1994, Malaguarnera et al. 1999, Maresta et al. 2002, Nilsen et al. 2001, Reis et al. 1991, Sacks et al. 1995, Singh et al. 1997, von Schacky et al. 1999			
	Meta-Analyse von 3 Interventionsstudien		13726 Männer und Frauen		kurzkettige n-3 FA	Intervention (hoher Gehalt an kurzkettigen n-3 FA) vs. Kontrolle (niedriger Gehalt an kurzkettigen n-3 FA)	RR (95 % CI) 0,92 (0,58; 1,45)	k. A.	*In Meta-Analyse von Hooper et al. 2006 enthaltene Studien: Borchgrevink et al. 1966, Natvig et al. 1968, Singh et al. 1997			
Hooper et al. 2012, EK Ia*, USA, UK, Niederlande, Dänemark, Neuseeland, Italien, Norwegen	Meta-Analyse von 9 Interventionsstudien 0,5-6 Jahre	Erwachsene mit oder ohne kardiovaskuläre Krankheiten (akut kranke, schwangere oder stillende Personen wurden ausgeschlossen)	11660 Männer und Frauen ≥ 18 Jahre		Gesamtfett, SFA	kardiovaskuläre Ereignisse	modifizierte Fettzufuhr vs. normale Ernährung	RR (95 % CI) 0,82 (0,66; 1,02)	p = 0,07		*In Meta-Analyse von Hooper et al. 2012 enthaltene Studien: Dayton et al. 1969, Frantz et al. 1989, Houtsmuller et al. 1979, Leren et al. 1966, MRC 1968, National Diet-Heart Study 1968, Rose et al. 1965	
	Meta-Analyse von 8 Interventionsstudien 0,5-8,1 Jahre		50655 Männer und Frauen ≥ 18 Jahre				reduzierte Fettzufuhr vs. normale Ernährung	RR (95 % CI) 0,97 (0,87; 1,08)	p = 0,55		*In Meta-Analyse von Hooper et al. 2012 enthaltene Studien: Appel et al. 2003, Ball et al. 1965, Black et al. 1994, Hjerkin et al. 2006, Howard et al. 2006, Ley et al. 2004, Moy et al. 2001	
	Meta-Analyse von 6 Interventionsstudien		10788 Männer und Frauen ≥ 18 Jahre		Gesamtfett, SFA		kardiovaskuläre Mortalität	modifizierte Fettzufuhr vs. normale Ernährung	RR (95 % CI) 0,92 (0,73; 1,15)		p = 0,46	*In Meta-Analyse von Hooper et al. 2012 enthaltene Studien: Dayton et al. 1969, Frantz et al. 1989, Leren et al. 1966, MRC 1968, Rose et al. 1965
	Meta-Analyse von 7 Interventionsstudien		52971 Männer und Frauen ≥ 18 Jahre				reduzierte Fettzufuhr vs. normale Ernährung	RR (95 % CI) 0,96 (0,82; 1,13)	p = 0,65		*In Meta-Analyse von Hooper et al. 2012 enthaltene Studien: Ball et al. 1965, Black et al. 1994, Hjerkin et al. 2006, Howard et al. 2006, Ley et al. 2004, Pierce et al. 2007	
Howard et al. 2006, EK Ib, Women's Health Initiative Dietary Modification Trial	Intervention, randomisiert, kontrolliert 8,1 Jahre	Postmenopausale Frauen ohne Brustkrebs oder Kolorektalkrebs und ohne Vorgeschichte an KHK	48835 Frauen 50-79 Jahre	FFQ	Gesamtfett	KHK-Inzidenz	Intervention vs. Kontrolle Intervention (n = 19541): Verhaltenstherapie mit dem Ziel: - Fett 20 En%, - Obst und Gemüse 5 Portionen/d, - Getreide mind. 6 Portionen/d Kontrolle (n = 29294): Informationsmaterialien	HR (95 % CI) 0,94 (0,86; 1,02)				
Jakobsen et al. 2009, EK IIa*, Europa, Amerika	Gepoolte Analyse von 11 Kohortenstudien 4-10 Jahre	Männer und Frauen > 35 Jahren ohne Vorgeschichte an kardiovaskulären Krankheiten, Diabetes oder Krebs	327660 (KHK- Mortalität) bzw. 306244 (KHK- Inzidenz) Männer und Frauen 37-76 Jahre	FFQ, Diet history, 7 Tage Wiegeprotokoll	SFA, MUFA	KHK-Inzidenz	Ersatz von 5 En% SFA durch MUFA	HR (95 % CI) 1,19 (1,00; 1,42)	s.	Zufuhr von MUFA, PUFA, TFA, KH und Protein in En%, Gesamtenergiezufuhr, Alter, Kalenderjahr der Baseline- Ernährungserhebung, Rauchen, BMI, höchster Bildungsabschluss, körperliche Aktivität, Alkoholzufuhr, Vorgeschichte an Bluthochdruck, energieadjustierte Ballaststoff- und		
					SFA, MUFA	KHK-Mortalität	Ersatz von 5 En% SFA durch MUFA	HR (95 % CI) 1,01 (0,73; 1,41)				
					SFA, PUFA	KHK-Inzidenz	Ersatz von 5 En% SFA durch PUFA	HR (95 % CI) 0,87 (0,77; 0,97)				
					SFA, PUFA	KHK-Mortalität	Ersatz von 5 En% SFA durch PUFA	HR (95 % CI) 0,74 (0,61; 0,89)				

Autor Jahr, EK, 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	Anmerkungen			
					SFA, KH	KHK-Inzidenz	Ersatz von 5 En% SFA durch KH	HR (95 % CI) 1,07 (1,01; 1,14)	s.	Cholesterolzufuhr				
					SFA, KH	KHK-Mortalität	Ersatz von 5 En% SFA durch KH	HR (95 % CI) 0,96 (0,82; 1,13)						
Jakobsen et al. 2010, EK Iib, Dänemark	Kohorte, prospektiv 12 Jahre	Männer und Frauen ohne Vorgeschichte an KHK, Diabetes oder Krebs	53644 Männer und Frauen 50-64 Jahre	semi-quantitativer FFQ	SFA, KH	KHK-Mortalität	Ersatz von 5 En% SFA - durch KH - durch KH mit niedrigem GI - durch KH mit mittlerem GI - durch KH mit hohem GI	HR (95 % CI) 1,04 (0,92; 1,17) 0,88 (0,72; 1,07) 0,98 (0,80; 1,21) 1,33 (1,08; 1,64)	n. s. s.	Zufuhr von verwertbaren KH, Protein, MUFA und PUFA in En%, Gesamtenergiezufuhr, Alkohol -ja/nein, Alkoholzufuhr, BMI, Bildung, Raucherstatus, körperliche Aktivität, Vorgeschichte an Bluthochdruck				
Kotwal et al. 2012, EK Ia*	Meta-Analyse 12 von Interventionsstudien 1-6,2 Jahre	Gesunde Personen (Primärprävention) sowie Personen mit bereits bestehenden Herzkrankheiten (Sekundärprävention)	57936 Männer und Frauen 52-67 Jahre	langkettige n-3 PUFA		kombinierte kardiovaskuläre Ereignisse	Intervention vs. Kontrolle	RR (95 % CI) 0,96 (0,90;1,03)	p = 0,24		*In Meta-Analyse von Kotwal et al. 2012 enthaltene Studien: Burr et al. 1989, Einvik et al. 2010, Gissi et al. 2008, GISSI-Prevenzione Investigators 1999, Kromhout et al. 2010, Kwak et al. 2012, Nilsen et al. 2001, ORIGIN Trial Investigators 2012, Svensson et al. 2006, von Schacky et al. 1999, Yokoyama et al. 2007			
	Meta-Analyse 13 von Interventionsstudien 1,25-6,2 Jahre		54834 Männer und Frauen 52-67 Jahre					vaskuläre Todesfälle	RR (95 % CI) 0,86 (0,75; 0,99)			p = 0,03	*In Meta-Analyse von Kotwal et al. 2012 enthaltene Studien: Brouwer et al. 2006, Burr et al. 1989, Burr et al. 2003, de Lorgeril et al. 1994, Einvik et al. 2010, Galan et al. 2010, Gissi et al. 2008, GISSI-Prevenzione Investigators 1999, Kromhout et al. 2010, Leaf et al. 2005, Nilsen et al. 2001, ORIGIN Trial Investigators 2012, Raitt et al. 2005, Yokoyama et al. 2007	
	Meta-Analyse 8 von Interventionsstudien 1-6,2 Jahre		49971 Männer und Frauen 52-67 Jahre					plötzlicher Herztod	RR (95 % CI) 1,00 (0,75; 1,33)			p = 0,99	*In Meta-Analyse von Kotwal et al. 2012 enthaltene Studien: Burr et al. 2003, de Lorgeril et al. 1994, Gissi et al. 2008, GISSI-Prevenzione Investigators 1999, Kwak et al. 2012, ORIGIN Trial Investigators 2012, Raitt et al. 2005, Yokoyama et al. 2007	
Mente et al. 2009, EK Ia*+ Ila*, USA, UK, Irland, Finnland, Niederlande, Japan, China, Norwegen, Deutschland, Italien, Australien	Meta-Analyse von 6 Kohortenstudien 10-20 Jahre	Männer und Frauen ohne Vorgeschichte an KHK	126024 Männer und Frauen 30-75 Jahre	FFQ, Diet history, Ernährungsprotokoll, 24-h Recall	Gesamtfett	KHK-Risiko	Vergleich extremer Zufuhrmengen oder pro Anstieg der Fettzufuhr	RR (95 % CI) 0,98 (0,87; 1,10)	k. A.	k. A.	*In Meta-Analyse von Mente et al. 2009 enthaltene Studien: Ascherio et al. 1996, Boniface et al. 2002, Oh et al. 2005, Posner et al. 1991			
	Meta-Analyse von 10 Kohortenstudien 6,1-20 Jahre		160258 Männer und Frauen 16- <80 Jahre					SFA				Vergleich extremer Zufuhrmengen oder pro Anstieg der SFA-Zufuhr	RR (95 % CI) 1,06 (0,96; 1,16)	*In Meta-Analyse von Mente et al. 2009 enthaltene Studien: Ascherio et al. 1996, Boniface et al. 2002, Kushi et al. 1985, Mann et al. 1997, Oh et al. 2005, Pietinen et al. 1997, Posner et al. 1991, Tucker et al. 2005
	Meta-Analyse von 4 Kohortenstudien 6,1-20 Jahre		101521 Männer und Frauen 30-69 Jahre					MUFA				Vergleich extremer Zufuhrmengen	RR (95 % CI) 0,80 (0,67; 0,93)	*In Meta-Analyse von Mente et al. 2009 enthaltene Studien: Oh et al. 2005, Pietinen et al. 1997, Posner et al. 1991
	Meta-Analyse von 5 Kohortenstudien 6,1-20 Jahre		102522 Männer und Frauen 30-69 Jahre					PUFA				Vergleich extremer Zufuhrmengen oder pro Anstieg der PUFA-Zufuhr	RR (95 % CI) 1,03 (0,78; 1,28)	*In Meta-Analyse von Mente et al. 2009 enthaltene Studien: Kushi et al. 1985, Oh et al. 2005, Pietinen et al. 1997, Posner et al. 1991
	Meta-Analyse von 12 Kohortenstudien 4-21,5 Jahre		296677 Männer und Frauen 30-84 Jahre					langkettige n-3 FA				Vergleich extremer Zufuhrmengen oder pro Anstieg der Zufuhr von langkettigen n-3 FA	RR (95 % CI) 0,88 (0,77; 0,99)	*In Meta-Analyse von Mente et al. 2009 enthaltene Studien: Egeland et al. 2001, Hu et al. 2002, Iso et al. 2006, Jarvinen et al. 2006, Morris et al. 1995, Mozaffarian et al. 2003, Mozaffarian et al. 2005, Nagata et al. 2002, Pietinen et al. 1997, Yuan et al. 2001

Autor Jahr, EK, 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	Anmerkungen		
	Meta-Analyse von 4 Kohortenstudien 6,1-18 Jahre	Männer und Frauen die an Studien zur Primär- und Sekundärprävention teilgenommen haben	145082 Männer und Frauen 30-75 Jahre	FFQ, Diet history, Ernährungsprotokoll	ALA		Vergleich extremer Zufuhrmengen oder pro Anstieg der ALA-Zufuhr	RR (95 % CI) 1,04 (0,86; 1,21)			"In Meta-Analyse von Mente et al. 2009 enthaltene Studien: Albert et al. 2005, Mozaffarian et al. 2005, Oomen et al. 2001, Pietinen et al. 1997		
	Meta-Analyse von 4 Kohortenstudien 6,1 -20 Jahre		145132 Männer und Frauen 30-75 Jahre	FFQ, Diet history	TFA		Vergleich extremer Zufuhrmengen	RR (95 % CI) 1,32 (1,16; 1,48)				"In Meta-Analyse von Mente et al. 2009 enthaltene Studien: Ascherio et al. 1996, Oh et al. 2005, Oomen et al. 2001, Pietinen et al. 1997	
	Meta-Analyse von 4 Interventionsstudien, davon 2 zur Primärprävention 3-10 Jahre		112013 Männer und Frauen 40-79 Jahre	Gesamtfett	Intervention vs. Kontrolle		RR (95 % CI) 1,05 (0,99; 1,11)	"In Meta-Analyse von Mente et al. 2009 enthaltene Studien: Ball et al. 1965, Howard et al. 2006, Ness et al. 2002, WHO European Collaborative Group 1986					
	Meta-Analyse von 5 Interventionsstudien, davon 3 zur Primärprävention 4,5-11 Jahre		23574 Männer und Frauen >18-89 Jahre				PUFA	Intervention vs. Kontrolle				RR (95 % CI) 0,94 (0,87; 1,02)	"In Meta-Analyse von Mente et al. 2009 enthaltene Studien: Dayton et al. 1969, Frantz et al. 1989, Leren et al. 1968, Morris et al. 1968, MRFIT 1990,
	Meta-Analyse von 10 Interventionsstudien, davon 1 zur Primärprävention 1-9 Jahre		54570 Männer und Frauen 18-75 Jahre				langkettige n-3 FA	Intervention vs. Kontrolle				RR (95 % CI) 0,77 (0,62; 0,91)	"In Meta-Analyse von Mente et al. 2009 enthaltene Studien: Burr et al. 1989, Burr et al. 2003, Leng et al. 1998, Marchioli et al. 2002, Nilsen et al. 2001, Nye et al. 1990, Sacks et al. 1995, von Schacky et al. 1999, Yokoyama et al. 2007
Mozaffarian & Clarke 2009, EK IIa*, USA, Finnland, Niederlande	Meta-Analyse von 4 Kohortenstudien 6,1-20 Jahre	Personen aus den USA, Finnland und den Niederlanden ohne Vorgeschichte an KHK	139836 Männer und Frauen 30-84 Jahre	FFQ, Ernährungsfragebogen	TFA, KH	KHK-Risiko	Ersatz von 2 En% KH durch TFA	RR (95 % CI) 1,23 (1,11; 1,37)	p < 0,001	Alter, BMI, Rauchen, Alkoholzufuhr, Zeitpunkt des Follow-up, familiäre Vorgeschichte an Herzinfarkt, Vorgeschichte an Bluthochdruck und Hypercholesterolämie, menopausaler Status und Nutzung von Hormonen, Nutzung von Aspirin, Einnahme von Vitaminsupplementen, körperliche Aktivität, Zufuhr von Energie, Protein, Cholesterol, SFA, MUFA, PUFA, TFA, ALA, langkettige n-3 FA, BS sowie Obst und Gemüse	"In Meta-Analyse von Mozaffarian & Clarke 2009 enthaltene Studien: Oomen et al. 2001, Oh et al. 2005, Mozaffarian et al. 2006, Pietinen et al. 1997		
	Gepoolte Analyse von 2 Kohortenstudien 14-20 Jahre	Personen aus den USA ohne Vorgeschichte an KHK	117239 Männer und Frauen 30-75 Jahre	FFQ	TFA, SFA	KHK-Risiko	Ersatz von 2 En% TFA durch SFA	RR (95 % CI) 0,83 (0,75; 0,93)	k. A.	Alter, BMI, Rauchen, Alkoholzufuhr, Zeitpunkt des Follow-up, familiäre Vorgeschichte an Herzinfarkt, Vorgeschichte an Bluthochdruck und Hypercholesterolämie, menopausaler Status und Nutzung von Hormonen, Nutzung von Aspirin, Einnahme von Vitaminsupplementen, körperliche Aktivität, Zufuhr von Energie, Protein, Cholesterol, SFA, MUFA, PUFA, TFA, ALA, langkettige n-3 FA, BS sowie Obst und Gemüse	Gepoolte Analyse von: Ascherio et al. 1996, Oh et al. 2005		
					TFA, MUFA		Ersatz von 2 En% TFA durch MUFA	RR (95 % CI) 0,79 (0,70; 0,88)	k. A.				
					TFA, PUFA		Ersatz von 2 En% TFA durch PUFA	RR (95 % CI) 0,76 (0,67; 0,85)	k. A.				
Mozaffarian et al. 2010, EK Ia* USA, Norwegen, Finnland, UK	Meta-Analyse von 8 Interventionsstudien, davon 3 zur Primärprävention 1-8 Jahre	Männer und Frauen mit und ohne Vorgeschichte an KHK	13614 Männer und Frauen	Wiegeprotokolle, Analyse der bereitgestellten Lebensmittel, Ernährungsfragebogen/-interview	PUFA, SFA	KHK- Ereignisse	Ersatz von 5 En% SFA durch PUFA	RR (95 % CI) 0,90 (0,83; 0,97)	k. A.	k. A.	"In Meta-Analyse von Mozaffarian et al. 2010 enthaltene Studien: Burr et al. 1989, Dayton et al. 1968, Frantz et al. 1989, Leren 1970, Medical Research Council 1968, Miettinen et al. 1983, Turpeinen et al. 1979, Watts et al. 1992		
Mozaffarian et al. 2013, EK IIb, USA	Kohorte, prospektiv 16 Jahre	Männer und Frauen ohne Vorgeschichte an KHK	2692 Männer und Frauen 74 ± 5 Jahre	Fettsäurenanalysen in Plasma-phospholipiden	langkettige n-3 PUFA	KHK-Mortalität	Quintile des Fettsäuregehaltes in den Plasmaphospholipiden (medianer Anteil an Gesamtfettsäuren) Q1 = 3,17 Q2 = 3,72 Q3 = 4,21 Q4 = 4,80 Q5 = 6,04	HR (95 % CI) 1,00 0,88 (0,64; 1,22) 1,03 (0,75; 1,41) 0,62 (0,43; 0,89) 0,60 (0,42; 0,87)	p = 0,002	Alter, Geschlecht, Rasse, Bildung, Studienzentrum, Zeitpunkt der Fettsäuren-Messung, Rauchstatus, Diabetes, Vorhofflimmern, medikamentös behandelte Hypertonie, körperliche Aktivität in der Freizeit, BMI, Taillenumfang, Alkoholkonsum, Verzehr von Tunfisch			

Autor Jahr, EK, Land Studiename	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	Anmerkungen
					EPA		Quintile des Fettsäuregehaltes in den Plamaphospholipiden (medianer Anteil an Gesamtfettsäuren) Q1 = 0,30 Q2 = 0,41 Q3 = 0,51 Q4 = 0,64 Q5 = 0,92	HR (95 % CI) 1,00 0,98 (0,71; 1,36) 0,94 (0,68; 1,31) 0,90 (0,64; 1,26) 0,77 (0,54; 1,11)	p = 0,121	oder anderem gegutem oder gebackenem Fisch, Verzehr von frittiertem Fisch, rotem Fleisch, Obst, Gemüse und Zufuhr von Ballaststoffen	
					DHA		Quintile des Fettsäuregehaltes in den Plamaphospholipiden (medianer Anteil an Gesamtfettsäuren) Q1 = 1,95 Q2 = 2,44 Q3 = 2,87 Q4 = 3,36 Q5 = 4,34	HR (95 % CI) 1,00 0,98 (0,71; 1,36) 0,96 (0,69; 1,32) 0,77 (0,55; 1,08) 0,60 (0,41; 0,87)	p = 0,003		
					DPA		Quintile des Fettsäuregehaltes in den Plamaphospholipiden (medianer Anteil an Gesamtfettsäuren) Q1 = 0,63 Q2 = 0,75 Q3 = 0,82 Q4 = 0,91 Q5 = 1,04	HR (95 % CI) 1,00 0,69 (0,49; 0,97) 0,99 (0,72; 1,37) 0,82 (0,59; 1,15) 0,79 (0,56; 1,11)	p = 0,36		
					langkettige n-3 PUFA	Fatale und nicht fatale KHK-Ereignisse	Quintile des Fettsäuregehaltes in den Plamaphospholipiden (medianer Anteil an Gesamtfettsäuren) Q1 = 3,17 Q2 = 3,72 Q3 = 4,21 Q4 = 4,80 Q5 = 6,04	HR (95 % CI) 1,00 0,88 (0,69; 1,13) 1,06 (0,83; 1,35) 0,74 (0,57; 0,96) 0,72 (0,55; 0,95)	p = 0,009		
					EPA		Quintile des Fettsäuregehaltes in den Plamaphospholipiden (medianer Anteil an Gesamtfettsäuren) Q1 = 0,30 Q2 = 0,41 Q3 = 0,51 Q4 = 0,64 Q5 = 0,92	HR (95 % CI) 1,00 1,04 (0,82; 1,34) 0,91 (0,71; 1,18) 0,98 (0,76; 1,26) 0,76 (0,58; 1,00)	p = 0,032		
					DHA		Quintile des Fettsäuregehaltes in den Plamaphospholipiden (medianer Anteil an Gesamtfettsäuren) Q1 = 1,95 Q2 = 2,44 Q3 = 2,87 Q4 = 3,36 Q5 = 4,34	HR (95 % CI) 1,00 0,94 (0,73; 1,20) 1,06 (0,83; 1,35) 0,83 (0,64; 1,08) 0,72 (0,55; 0,95)	p = 0,010		
					DPA		Quintile des Fettsäuregehaltes in den Plamaphospholipiden (medianer Anteil an Gesamtfettsäuren) Q1 = 0,63 Q2 = 0,75 Q3 = 0,82 Q4 = 0,91 Q5 = 1,04	HR (95 % CI) 1,00 0,72 (0,56; 0,93) 0,88 (0,69; 1,13) 0,82 (0,64; 1,05) 0,82 (0,63; 1,05)	p = 0,28		
Musa-Veloso et al. 2011, EK Ila* USA, Finnland	Meta-Analyse von 2 Kohortenstudien + 1 eingebettete Fall-Kontroll-Studie 9,3-14 Jahre	Personen ohne Vorgeschichte an KHK	35443 Männer und Frauen 40-84 Jahre		langkettige n-3 PUFA	plötzlicher Herztod	Vergleich der täglichen Zufuhr von ≥ 250 mg langkettigen n-3 Fettsäuren mit der Zufuhr von < 250 mg langkettigen n-3 Fettsäuren pro Tag	RR (95 % CI) 0,65 (0,54; 0,79)	p < 0,001		*In der Meta-Analyse von Musa-Veloso et al. 2011 enthaltene Studien: Albert et al. 1989, Mozaffarian et al. 2003, Mozaffarian et al. 2005
	Meta-Analyse von 4 Kohortenstudien + 1 eingebettete Fall-Kontroll-Studie 6-16 Jahre		161708 Männer und Frauen 34-75 Jahre			tödliche koronare Ereignisse		RR (95 % CI) 0,83 (0,68; 1,03)	p = 0,085		*In der Meta-Analyse von Musa-Veloso et al. 2011 enthaltene Studien: Ascherio et al. 1995, Dolecek & Grandits 1991, Hu et al. 2002, Mozaffarian et al. 2003, Pietinen et al. 1997

Autor Jahr, EK, Land Studiename	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	Anmerkungen
	Meta-Analyse von 4 Kohortenstudien + 1 eingebettete Fall- Kontroll-Studie 4-16 Jahre		165660 Männer und Frauen 34-84 Jahre			nicht tödlicher Herzinfarkt		RR (95 % CI) 0,93 (0,82; 1,06)	p = 0,29		*In der Meta-Analyse von Musa- Veloso et al. 2011 enthaltene Studien: Ascherio et al. 1995, Hu et al. 2002, Morris et al. 1995, Mozaffarian et al. 2003, Mozaffarian et al. 2005
ORIGIN Trail Investigators et al. 2012, EK Ib Kanada	Intervention, randomisiert, kontrolliert 6,2 Jahre	Männer und Frauen mit erhöhtem kardiovaskulären Risiko oder kardiovaskulärer Vorerkrankung, die entweder eine gestörte Glucosetoleranz, eine gestörte Nüchtern-glucose oder Diabetes aufweisen	12536 Männer und Frauen ≥ 50 Jahre	FFQ	langkettige n-3 PUFA	kardiovaskuläre Mortalität	Intervention mit 900 mg n-3 PUFA als Äthylester vs. Kontrolle (1 g Olivenöl)	HR (95 % CI) 0,98 (0,87; 1,10)	p = 0,72		
Pan et al. 2012, EK IIa*, USA, Europa, Zentralamerika, Israel	Meta-Analyse von 27 Beobachtungsstudien (19 prospektive Kohortenstudien, 8 retrospektive Fall- Kontroll-Studien) 5-30,7 Jahre	Männer und Frauen der teilnehmenden Beobachtungsstudien	251049 Männer und Frauen 20-84 Jahre	Ernährungs- protokoll, FFQ, Diet history, 7 Tage Wiegeprotokoll, Fettsäuren- konzentration in Cholesterol- estern, Phospho- lipiden, roten Blutkörperchen und im Fettgewebe	ALA (gesamt)	kardiovaskuläre Ereignisse (gesamt)	Vergleich von oberster mit unterster Tertile	RR (95 % CI) 0,86 (0,77; 0,97)	s.	Soziografische Merkmale, Lebensstilfaktoren, Komorbiditäten, Biomarkerkonzentrationen von anderen FA, Zufuhr von anderen FA	*In Meta-Analyse von Pan et al. 2012 enthaltene Studien: Albert et al. 2005, Ascherio et al. 1996, Campos et al. 2008, de Goede et al. 2011, Dolecek 1992, Erkkila et al. 2003, Gullar et al. 1999, He 2002, Hu et al. 1999, Kark et al. 2003, Khaw et al. 2012, Laaksonen et al. 2005, Larsson et al. 2012, Lemaitre et al. 2003, Lemaitre et al. 2009, Lopes et al. 2007, Oomen et al. 2001, Pedersen et al. 2000, Pietinen et al. 1997, Shearer et al. 2009, Simon et al. 1995, Simon et al. 1995, Tornwall et al. 1996, Vedtofte et al. 2011, Wang et al. 2003, Warensjo et al. 2008, Wiberg et al. 2006
	Meta-Analyse von 13 Beobachtungsstudien 6-23,3 Jahre		230189 Männer und Frauen 20-84 Jahre		ALA aus Lebensmitteln	kardiovaskuläre Ereignisse (gesamt)		RR (95 % CI) 0,90 (0,81; 0,99)	s.		*In Meta-Analyse von Pan et al. 2012 enthaltene Studien: Albert et al. 2005, Ascherio et al. 1996, Campos et al. 2008, de Goede et al. 2011, Dolecek 1992, He 2002, Hu et al. 1999, Laaksonen et al. 2005, Larsson et al. 2012, Lopes et al. 2007, Oomen et al. 2001, Pietinen et al. 1997, Vedtofte et al. 2011
	Meta-Analyse von 17 Beobachtungsstudien 5-33,7 Jahre		26656 Männer und Frauen 25-78,5 Jahre		Biomarker der ALA Zufuhr	kardiovaskuläre Ereignisse (gesamt)		RR (95 % CI) 0,80 (0,63; 1,03)	n. s.		*In Meta-Analyse von Pan et al. 2012 enthaltene Studien: Campos et al. 2008, Erkkila et al. 2003, Gullar et al. 1999, Kark et al. 2003, Khaw et al. 2012, Laaksonen et al. 2005, Lemaitre et al. 2003, Lemaitre et al. 2009, Lopes et al. 2007, Pedersen et al. 2000, Shearer et al. 2009, Simon et al. 1995, Simon et al. 1995, Tornwall et al. 1996, Wang et al. 2003, Warensjo et al. 2008, Wiberg et al. 2006
	Meta-Analyse von 6 Kohortenstudien 6-17,8 Jahre		150438 Männer und Frauen 35-84 Jahre		ALA aus Lebensmitteln	tödliche KHK		RR (95 % CI) 0,80 (0,65; 0,98)	s.		*In Meta-Analyse von Pan et al. 2012 enthaltene Studien: Ascherio et al. 1996, Dolecek 1992, Hu et al. 1999, Laaksonen et al. 2005, Oomen et al. 2001, Pietinen et al. 1997
	Meta-Analyse von 1 Kohortenstudie und 2 Fall-Kontroll-Studien 18 Jahre		81008 Männer und Frauen 38-69 Jahre		ALA aus Lebensmitteln	nicht tödliche KHK		RR (95 % CI) 0,84 (0,61; 1,15)	n.s.		*In Meta-Analyse von Pan et al. 2012 enthaltene Studien: Albert et al. 2005, Campos et al. 2008, Lopes et al. 2007
	Meta-Analyse von 6 Kohortenstudien 6-23,3 Jahre		89700 Männer und Frauen 20-84 Jahre		ALA aus Lebensmitteln	KHK		RR (95 % CI) 0,94 (0,85; 1,04)	n. s.		*In Meta-Analyse von Pan et al. 2012 enthaltene Studien: Ascherio et al. 1996, de Goede et al. 2011, Oomen et al. 2001, Pietinen et al. 1997, Vedtofte et al. 2011

Autor Jahr, EK, 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	Anmerkungen
	Meta-Analyse von 2 Kohortenstudien und 1 eingebetteten Fall-Kontroll-Studie 17,8-33,7 Jahre		4240 Männer und Frauen 33,7-60 Jahre		Biomarker der ALA Zufuhr	tödliche KHK		RR (95 % CI) 1,07 (0,66; 1,75)	n. s.		*In Meta-Analyse von Pan et al. 2012 enthaltene Studien: Laaksonen et al. 2005, Lemaitre et al. 2003, Warensjö et al. 2008
	Meta-Analyse von 2 Kohortenstudien, 2 eingebetteten Fall-Kontroll-Studien und 2 Fall-Kontroll-Studien 5-12 Jahre		13109 Männer und Frauen 25-74 Jahre		Biomarker der ALA Zufuhr	KHK		RR (95 % CI) 0,68 (0,36; 1,29)	n. s.		*In Meta-Analyse von Pan et al. 2012 enthaltene Studien: Erkkila et al. 2003, Khaw et al. 2012, Lemaitre et al. 2009, Shearer et al. 2009, Simon et al. 1995, Wang et al. 2003
Ramsden et al. 2010, EK Ia* Norwegen, UK, USA, Australien	Meta-Analyse von 4 Interventionsstudien 2-<8 Jahre	Teilnehmer von randomisierten, kontrollierten Interventionsstudien mit oder ohne Vorgeschichte an KHK	1706 Männer und Frauen	Nährwert-analyse der Diät in der Interventions- und Kontrollgruppe	n-3 + n-6 PUFA	nicht tödlicher Herzinfarkt und KHK-Mortalität	Erhöhung des Anteil von n-3 und n-6 PUFA zu Lasten von TFA und SFA	RR (95 % CI) 0,78 (0,65; 0,93)	p = 0,005		*In Meta-Analyse von Ramsden et al. 2010 enthaltene Studien: Dayton et al. 1969, Leren 1970, Medical Research Council 1968, Watts et al. 1992
					n-3 + n-6 PUFA	nicht tödlicher Herzinfarkt	Erhöhung des Anteil von n-3 und n-6 PUFA zu Lasten von TFA und SFA	RR (95 % CI) 0,73 (0,54; 0,99)	p = 0,04		
					n-3 + n-6 PUFA	KHK-Mortalität	Erhöhung des Anteil von n-3 und n-6 PUFA zu Lasten von TFA und SFA	RR (95 % CI) 0,81 (0,64; 1,03)	p = 0,08		
	Meta-Analyse von 3 Interventionsstudien 2-7 Jahre	Teilnehmer/innen von randomisierten, kontrollierten Interventionsstudien mit oder ohne Vorgeschichte an KHK	9569 Männer und Frauen	Nährwert-analyse der Diät in der Interventions- und Kontrollgruppe	n-6 PUFA	nicht tödlicher Herzinfarkt und KHK-Mortalität	Erhöhung des Anteil von n-6 PUFA zu Lasten von TFA und SFA	RR (95 % CI) 1,13 (0,84; 1,53)	p = 0,43		
					n-6 PUFA	nicht tödlicher Herzinfarkt	Erhöhung des Anteil von n-6 PUFA zu Lasten von TFA und SFA	RR (95 % CI) 1,03 (0,62; 1,73)	p = 0,90		
					n-6 PUFA	KHK-Mortalität	Erhöhung des Anteil von n-6 PUFA zu Lasten von TFA und SFA	RR (95 % CI) 1,17 (0,82; 1,68)	p = 0,38		
Schwingshackl et al. 2014, EK IIa*	Meta-Analyse von 8 Kohortenstudien 6,1-30 Jahre	Personen ohne Vorgeschichte an kardiovaskulären Krankheiten oder KHK	255953 Männer und Frauen		MUFA	kardiovaskuläre Mortalität	Vergleich von oberstem mit unterstem Drittel	RR (95 % CI) 0,96 (0,89; 1,04)	p = 0,36	Alter, Größe, Bildung, Geschlecht, Ethnizität, Gesamtenergiezufuhr, Rauchen, BMI, Familiengeschichte an Myokardinfarkt, menopausaler Status, Hormontherapie, körperliche Aktivität, Gebrauch von Aspirin, Gebrauch von Multivitamin-supplementen, Gebrauch von Vitamin E Supplementen, Alkoholzufuhr, Vorgeschichte an Diabetes und Hypertonie, Hypercholesterolämie, KHK und Krebs bei Studienbeginn, En% Fett, Blutdruck, Glucoseintoleranz, Ehestand, Zufuhr von Obst und Gemüse, Zufuhr von Ballaststoffen	*In Meta-Analyse von Schwingshackl et al. enthaltene Studien: Chiuvie et al. 2012, Dilis et al. 2012, Esrey et al. 1996, Misirli et al. 2012, Nagata et al. 2012, Pietinen et al. 1997, Wakai et al. 2014, Xu et al. 2006
	Meta-Analyse von 4 Kohortenstudien 4,6-23 Jahre		104688 Männer und Frauen		MUFA:SFA- Ratio		RR (95 % CI) 0,91 (0,83; 0,99)	p = 0,04	Alter, BMI, Größe, körperliche Aktivität, Bildung, Energiezufuhr, Alkoholzufuhr, Rauchen, Blutdruck, Ethnizität, Geschlecht, Einkommen, Ehestand, Gebrauch von Diuretika oder β -Blockern, postmenopausale Hormontherapie, Vorgeschichte an Diabetes, Bluthochdruck, Hypercholesterolämie Myokardinfarkt und Vorhofflimmern		

Autor Jahr, EK, 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	Anmerkungen
	Meta-Analyse von 20 Kohortenstudien 7,2-30 Jahre		629798 Männer und Frauen		MUFA	kardiovaskuläre Ereignisse		RR (95 % CI) 0,95 (0,89; 1,02)	p = 0,14	Alter, Größe, Bildung, Geschlecht, Ethnizität, Gesamtenergiezufuhr, Rauchen, BMI, Familiengeschichte an Myokardinfarkt, menopausaler Status, Hormontherapie, körperliche Aktivität, Gebrauch von Aspirin, Gebrauch von Multivitamin-supplementen, Gebrauch von Vitamin E Supplementen, Alkoholzufuhr, Vorgeschichte an Diabetes und Hypertonie, Hypercholesterolämie, KHK und Krebs bei Studienbeginn, En% Fett, En%Protein, En% KH, Blutdruck, Glucoseintoleranz, linksventrikuläre Hypertrophie, Zufuhr von Obst und Gemüse, Zufuhr von Ballaststoffen, Kalium, Calcium, Vitamin E, Protein, trans-Fettsäuren, Cholesterol und PUFA, ALA, langkettigen n-3 Fettsäuren, diätetische und nicht diätetische Risikofaktoren für KHK, sozioökonomischer Status, Ehestand, Familieneinkommen, Schlafdauer	"In Meta-Analyse von Schwingshackl et al. enthaltene Studien: Chiuve et al. 2012, Dilis et al. 2012, Esrey et al. 1996, Gillman et al. 1997, He et al. 2003, Houston et al. 2011, Iso et al. 2001, Iso et al. 2003, Jakobsen et al. 2004, Misirli et al. 2012, Nagata et al. 2012, Oh et al. 2005, Pietinen et al. 1997, Posner et al. 1991, Sauvaget et al. 2004, Wakai et al. 2014, Wallström et al. 2012, Xu et al. 2006, Yaemsiri et al. 2012
	Meta-Analyse von 6 Kohortenstudien 4,6-23 Jahre		148321 Männer und Frauen		MUFA:SFA- Ratio			RR (95 % CI) 0,93 (0,86; 1,01)	p = 0,07	Alter, BMI, Größe, körperliche Aktivität, Bildung, Energiezufuhr, Alkoholzufuhr, Rauchen, Blutdruck, Ethnizität, Geschlecht, sozioökonomischer Status, Ehestand, Zufuhr von Ballaststoffen, Vorgeschichte an Diabetes, Bluthochdruck, Hypercholesterolämie Myokardinfarkt, Depression und Vorhofflimmern, Gebrauch von Diuretika oder β -Blockern, postmenopausale Hormontherapie, Einkommen, Ehestand, TV-Stunden, Eikonsum, Kartoffelkonsum, Einhaltung einer speziellen Diät	"In Meta-Analyse von Schwingshackl et al. enthaltene Studien: Dilis et al. 2012, Gardener et al. 2011, Goldbourt et al. 1993, Levitan et al. 2013, Martinez-Gonzalez 2009
	Meta-Analyse von 9 Kohortenstudien 7,2-20 Jahre		254959 Männer und Frauen		MUFA	KHK		RR (95 % CI) 0,99 (0,93; 1,06)	p = 0,76	Alter, Geschlecht, BMI, Energiezufuhr, Bildung, Rauchen, Alkoholzufuhr, Körpergröße, Körpergewicht, Taillenumfang, Bluthochdruck, menopausaler Status, körperliche Aktivität, Fleischzufuhr, En% Protein, En% Fett, En% Kohlenhydrate, diätetische und nicht diätetische Risikofaktoren für KHK,sozioökonomischer Status, Ehestand, Zufuhr von Ballaststoffen, Vorgeschichte an Diabetes und Hypertonie, Zufuhr von Obst und Gemüse, menopausaler Status, Gebrauch von Hormonen, Gebrauch von Aspirin, Gebrauch von Multivitamin-supplementen, Gebrauch von Vitamin E Supplementen, Zufuhr von Cholesterol, Zufuhr von gesättigten mehrfach, ungesättigten Fettsäuren und trans-Fettsäuren, Zufuhr von ALA und langkettigen n-3 Fettsäuren, linksventrikuläre Hypertrophie, Glucoseintoleranz, Konzentration der Lipoproteine, Schlafdauer	"In Meta-Analyse von Schwingshackl et al. enthaltene Studien: Bendinelli et al. 2011, Dilis et al. 2012, Jakobsen et al. 2004, Leosdottir et al. 2007, Nagata et al. 2012, Oh et al. 2005, Posner et al. 1991, Xu et al. 2006, Wakai et al. 2014

Autor Jahr, EK, Land Studiename	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	Anmerkungen
	Meta-Analyse von 4 Kohortenstudien 4,9-23 Jahre		105384 Männer und Frauen		MUFA:SFA- Ratio			RR (95 % CI) 0,94 (0,86; 1,02)	p = 0,14	Alter, BMI, Energiezufuhr, Bildung, Rauchen, Alkoholzufuhr, Körpergröße, Körpergewicht, Taillenumfang, Bluthochdruck, menopausaler Status, körperliche Aktivität, Fleischzufuhr, sozioökonomischer Status, Ehestand, Zufuhr von Ballaststoffen, Familiengeschichte an koronarer Herzkrankheit, Diabetes bei Studienbeginn, Gebrauch an Aspirin, Vorgeschichte an Hypercholesterolämie	*In Meta-Analyse von Schwingshackl et al. enthaltene Studien: Bendinelli et al. 2011, Diils et al. 2012, Goldbourt et al. 1993, Leosdottir et al. 2007, Martinez- Gonzalez 2009
Siri-Tarino et al. 2010, EK IIa*, USA, UK, Israel, Kanada, Finnland, Dänemark, Schweden	Meta-Analyse von 16 Kohortenstudien 6-23 Jahre	Männer und Frauen ohne Vorgeschichte an KHK	214182 Männer und Frauen 16-80 Jahre	24-h Recalls, Ernährungs- protokolle, FFQ	SFA	KHK-Risiko	Vergleich extremer Zufuhrmengen	RR (95 % CI) 1,07 (0,96; 1,19)	p = 0,22	Alter, Geschlecht, Blutdruck, Rauchen, Serumcholesterolverlevel, Serumlipide, BMI, Alkoholzufuhr, geografische Herkunft, Gesamtenergiezufuhr, Fettzufuhr in En%, familiäre Vorgeschichte an Herzinfarkt, körperliche Aktivität, Zufuhr von PUFA, MUFA, TFA, Linolsäure, α - Linolensäure, langkettigen n-3 FA, Protein, KH, Obst, Gemüse, Cholesterol und BS, Glucoseintoleranz, linke ventrikuläre Hypertrophie, Diabetesprävalenz, soziale Klasse, Bildung, Behandlungsgruppe, Familienstand, menopausaler Status, Nutzung von Hormonen, Aspirin, Vitaminsupplementen	*In Meta-Analyse von Siri-Tarino enthaltene Studien: Ascherio et al. 1996, Boniface & Tefft 2002, Esrey et al. 1996, Fehily et al. 1993, Goldbourt et al. 1993, Jakobsen et al. 2004, Kushi et al. 1985, Leosdottir et al. 2007, Mann et al. 1997, McGee et al. 1984, Oh et al. 2005, Pietinen et al. 1997, Posner et al. 1991, Shekelle et al. 1981, Tucker et al. 2005, Xu et al. 2006
Skeaff und Miller 2009, EK Ia*+ IIa*	Meta-Analyse von 5 Kohortenstudien 6-20 Jahre	Männer und Frauen ohne Vorgeschichte an KHK aus den USA und Finnland	148216 Männer und Frauen 34-79 Jahre	24-h Recalls, FFQ	Gesamtfett	KHK-Ereignisse	Vergleich von hoher mit niedriger Zufuhr	RR (95 % CI) 0,93 (0,84; 1,03)	p = 0,177	Alter, Energiezufuhr, körperliche Aktivität, Rauchen, Geschichte an Bluthochdruck oder erhöhtem Serumcholesterol, Diabetes, Serumcholesterol/triglyceride, Links- herzhypertrophie, systolischer Blutdruck, relatives Gewicht, BMI, Alkoholzufuhr, Zufuhr von anderen FA, Cholesterol, Protein, Vitamin E, Multivitamin-supplementen, Obst, Gemüse, BS sowie BS aus Getreide, Beruf, Familiengeschichte an Herzinfarkt, Nutzung von Aspirin, menopausaler Status, Hormonersatztherapie, Behandlungsgruppe, Bildung	*In Meta-Analyse von Skeaff & Miller 2009 enthaltene Studien: Ascherio et al. 1996, Oh et al. 2005, Pietinen et al. 1997, Xu et al. 2006
						KHK-Mortalität	Vergleich von hoher mit niedriger Zufuhr	RR (95 % CI) 0,94 (0,74; 1,18)	p = 0,583	*In Meta-Analyse von Skeaff & Miller 2009 enthaltene Studien: Ascherio et al. 1996, Pietinen et al. 1997, Posner et al. 1991, Xu et al. 2006	
	Meta-Analyse von 7 Kohortenstudien 5-20 Jahre	Männer und Frauen mit und ohne Vorgeschichte an KHK aus den USA, UK und Finnland	159433 Männer und Frauen 34-79 Jahre	24-h Recalls, FFQ, Wiege- protokolle	SFA	KHK-Ereignisse	Vergleich von hoher mit niedriger Zufuhr	RR (95 % CI) 0,93 (0,83; 1,05)	p = 0,269	Alter, Energiezufuhr, körperliche Aktivität, Rauchen, Geschichte an Bluthochdruck oder erhöhtem Serumcholesterol, Diabetes, Serumcholesterol/triglyceride, Links- herzhypertrophie, systolischer Blutdruck, relatives Gewicht, BMI, Alkoholzufuhr, Zufuhr von anderen FA, Cholesterol, Protein, Vitamin E, Multivitamin-supplementen, Obst, Gemüse, BS sowie BS aus Getreide, Beruf, Familiengeschichte an Herzinfarkt, Nutzung von Aspirin, menopausaler Status, Hormonersatztherapie, Behandlungsgruppe, Bildung, soziale Klasse	*In Meta-Analyse von Skeaff & Miller 2009 enthaltene Studien: Ascherio et al. 1996, Erkkila et al. 2003, Oh et al. 2005, Pietinen et al. 1997, Xu et al. 2006
						KHK-Mortalität	Vergleich von hoher mit niedriger Zufuhr	RR (95 % CI) 1,14 (0,82; 1,60)	p = 0,431	*In Meta-Analyse von Skeaff & Miller 2009 enthaltene Studien: Ascherio et al. 1996, Erkkila et al. 2003, Mann et al. 1997, Pietinen et al. 1997, Posner et al. 1991, Xu et al. 2006	
	Meta-Analyse von 4 Kohortenstudien 6,1-20 Jahre	Männer und Frauen ohne Vorgeschichte an KHK aus den USA und Finnland	104459 Männer und Frauen 34-79 Jahre	24-h Recalls, FFQ	MUFA	KHK-Ereignisse	Vergleich von hoher mit niedriger Zufuhr	RR (95 % CI) 0,87 (0,74; 1,03)	p = 0,110	Alter, Energiezufuhr, körperliche Aktivität, Rauchen, Geschichte an Bluthochdruck oder erhöhtem Serumcholesterol, Diabetes, Serumcholesterol/triglyceride, Links-	*In Meta-Analyse von Skeaff & Miller 2009 enthaltene Studien: Oh et al. 2005, Pietinen et al. 1997, Xu et al. 2006

Autor Jahr, EK, 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	Anmerkungen
						KHK-Mortalität	Vergleich von hoher mit niedriger Zufuhr	RR (95 % CI) 0,85 (0,60; 1,20)	p = 0,356	herzhypertrophie, systolischer Blutdruck, relatives Gewicht, BMI, Alkoholzufuhr, Zufuhr von anderen FA, Cholesterol, Protein, Vitamin E, Multivitamin supplementen, Obst, Gemüse sowie BS aus Getreide, Familiengeschichte an Herzinfarkt, Nutzung von Aspirin, menopausaler Status, Hormonersatztherapie, Behandlungsgruppe	"In Meta-Analyse von Skeaff & Miller 2009 enthaltene Studien: Pietinen et al. 1997, Posner et al. 1991, Xu et al. 2006
	Meta-Analyse von 4 Kohortenstudien 6,1-20 Jahre	Männer und Frauen ohne Vorgeschichte an KHK aus den USA und Finnland	104459 Männer und Frauen 34-79 Jahre	24-h Recalls, FFQ	PUFA	KHK-Ereignisse	Vergleich von hoher mit niedriger Zufuhr	RR (95 % CI) 0,97 (0,74; 1,27)	p = 0,825	Alter, Energiezufuhr, körperliche Aktivität, Rauchen, Geschichte an Bluthochdruck oder erhöhtem Serumcholesterol, Diabetes, Serumcholesterol/triglyceride, Links-herzhypertrophie, systolischer Blutdruck, relatives Gewicht, BMI, Alkoholzufuhr, Zufuhr von anderen FA, Cholesterol, Protein, Vitamin E, Multivitamin supplementen, Obst, Gemüse sowie BS aus Getreide, Familiengeschichte an Herzinfarkt, Nutzung von Aspirin, menopausaler Status, Hormonersatztherapie, Behandlungsgruppe	"In Meta-Analyse von Skeaff & Miller 2009 enthaltene Studien: Oh et al. 2005, Pietinen et al. 1997, Xu et al. 2006
						KHK-Mortalität	Vergleich von hoher mit niedriger Zufuhr	RR (95 % CI) 1,25 (1,06; 1,47)	p = 0,009	Alter, Energiezufuhr, körperliche Aktivität, Rauchen, Geschichte an Bluthochdruck oder erhöhtem Serumcholesterol, Diabetes, BMI, Alkoholzufuhr, Zufuhr von anderen FA, BS, Obst, Gemüse und BS aus Getreide, Beruf, Familiengeschichte an Herzinfarkt, Behandlungsgruppe, Bildung	"In Meta-Analyse von Skeaff & Miller 2009 enthaltene Studien: Pietinen et al. 1997, Posner et al. 1991, Xu et al. 2006
	Meta-Analyse von 3 Kohortenstudien 5-6,1 Jahre	Männer und Frauen mit und ohne Vorgeschichte an KHK aus den USA und Finnland	66102 Männer und Frauen 40-75 Jahre	FFQ, Wiegeprotokoll	LA	KHK-Ereignisse	Vergleich von hoher mit niedriger Zufuhr	RR (95 % CI) 1,05 (0,92; 1,20)	p = 0,474	Alter, Energiezufuhr, körperliche Aktivität, Rauchen, Geschichte an Bluthochdruck oder erhöhtem Serumcholesterol, Diabetes, BMI, Alkoholzufuhr, Zufuhr von anderen FA, BS, Obst, Gemüse und BS aus Getreide, Beruf, Familiengeschichte an Herzinfarkt, Behandlungsgruppe, Bildung	"In Meta-Analyse von Skeaff & Miller 2009 enthaltene Studien: Ascherio et al. 1996, Erkkila et al. 2003, Pietinen et al. 1997
						KHK-Mortalität	Vergleich von hoher mit niedriger Zufuhr	RR (95 % CI) 1,25 (1,02; 1,52)	p = 0,032	Alter, Energiezufuhr, körperliche Aktivität, Rauchen, Geschichte an Bluthochdruck oder erhöhtem Serumcholesterol, BMI, Alkohol, Diabetes, Zufuhr von anderen FA, BS, Obst, Gemüse, BS aus Getreide, Cholesterol, Vitaminsupplementen, Vitamin C und E, Nutzung von Hormonen und Aspirin, menopausaler Status, Beruf, Familiengeschichte an Herzinfarkt, Behandlungsgruppe, Bildung	"In Meta-Analyse von Skeaff & Miller 2009 enthaltene Studien: Ascherio et al. 1996, Erkkila et al. 2003, Pietinen et al. 1997
	Meta-Analyse von 4 Kohortenstudien 5-10 Jahre	Männer und Frauen mit und ohne Vorgeschichte an KHK aus den USA, Finnland und den Niederlanden	99295 Männer und Frauen 30-71 Jahre	FFQ, Diet history, Wiegeprotokolle	ALA	KHK-Ereignisse	Vergleich von hoher mit niedriger Zufuhr	RR (95 % CI) 1,05 (0,78; 1,42)	p = 0,730	Alter, Energiezufuhr, körperliche Aktivität, Rauchen, Geschichte an Bluthochdruck oder erhöhtem Serumcholesterol, BMI, Alkohol, Diabetes, Zufuhr von anderen FA, BS, Obst, Gemüse, BS aus Getreide, Cholesterol, Vitaminsupplementen, Vitamin C und E, Nutzung von Hormonen und Aspirin, menopausaler Status, Beruf, Familiengeschichte an Herzinfarkt, Behandlungsgruppe, Bildung	"In Meta-Analyse von Skeaff & Miller 2009 enthaltene Studien: Erkkila et al. 2003, Oomen et al. 2001, Pietinen et al. 1997
						KHK-Mortalität	Vergleich von hoher mit niedriger Zufuhr	RR (95 % CI) 0,84 (0,53; 1,31)	p = 0,439	Alter, Energiezufuhr, körperliche Aktivität, Rauchen, Geschichte an Bluthochdruck oder erhöhtem Serumcholesterol, Serumcholesterol/triglyceride, BMI, Alkoholzufuhr, Zufuhr von anderen FA, Cholesterol, Protein, Vitamin E, Multivitamin supplementen, Obst, Gemüse, BS sowie BS aus Getreide, Beruf, Familiengeschichte an Herzinfarkt, Nutzung von Aspirin, menopausaler Status, Hormonersatztherapie, Behandlungsgruppe, Bildung	"In Meta-Analyse von Skeaff & Miller 2009 enthaltene Studien: Erkkila et al. 2003, Hu et al. 1999, Oomen et al. 2001, Pietinen et al. 1997
	Meta-Analyse von 21 Kohortenstudien 5-40 Jahre	Männer und Frauen mit und ohne Vorgeschichte an KHK aus Schweden, USA, Italien, China, Dänemark, Finnland, UK, Japan und den Niederlanden	406323 Männer und Frauen 30-84 Jahre	Diet history, FFQ, Ernährungsinterview, Fettsäurenkonzentration im Blut, im Serum den Plasmaphospholipideno der den Cholesterolestern	langkettige n-3 PUFA	KHK-Ereignisse	Vergleich von hoher mit niedriger Zufuhr	RR (95 % CI) 0,87 (0,71; 1,06)	p = 0,157	Alter, Energiezufuhr, körperliche Aktivität, Rauchen, Geschichte an Bluthochdruck oder erhöhtem Serumcholesterol, Serumcholesterol/triglyceride, BMI, Alkoholzufuhr, Zufuhr von anderen FA, Cholesterol, Protein, Vitamin E, Multivitamin supplementen, Obst, Gemüse, BS sowie BS aus Getreide, Beruf, Familiengeschichte an Herzinfarkt, Nutzung von Aspirin, menopausaler Status, Hormonersatztherapie, Behandlungsgruppe, Bildung	"In Meta-Analyse von Skeaff & Miller 2009 enthaltene Studien: Erkkila et al. 2003, Hu et al. 2002, Iso et al. 2006, Mozaffarian et al. 2005, Osler et al. 2003, Pietinen et al. 1997, Rissanen et al. 2000
						KHK-Mortalität	Vergleich von hoher mit niedriger Zufuhr	RR (95 % CI) 0,82 (0,71; 0,94)	p = 0,006	Alter, Energiezufuhr, körperliche Aktivität, Rauchen, Geschichte an Bluthochdruck oder erhöhtem Serumcholesterol, Serumcholesterol/triglyceride, BMI, Alkoholzufuhr, Zufuhr von anderen FA, Cholesterol, Protein, Vitamin E, Multivitamin supplementen, Obst, Gemüse, BS sowie BS aus Getreide, Beruf, Familiengeschichte an Herzinfarkt, Nutzung von Aspirin, menopausaler Status, Hormonersatztherapie, Behandlungsgruppe, Bildung	"In Meta-Analyse von Skeaff & Miller 2009 enthaltene Studien: Albert et al. 1998, Ascherio et al. 1995, Daviglus et al. 1997, Erkkila et al. 2003, Folsom & Demissie 2004, Fraser et al. 1992, Hu et al. 2002, Iso et al. 2006, Jarvinen et al. 2006, Kromhout et al. 1995, Mann et al. 1997, Mozaffarian et al. 2003, Nakamura et al. 2005, Norell et al. 1986, Oomen et al. 2000, Osler et al. 2003, Pietinen et al. 1997, Streppel et al. 2008, Yuan et al. 2001
	Meta-Analyse von 5 Kohortenstudien 6-20 Jahre	Männer und Frauen ohne Vorgeschichte an KHK (bzw. in einer Studie speziell CAD) aus den USA, Niederlande und Finnland	148070 Männer und Frauen 34-79 Jahre	24-h Recalls, FFQ, Diet history	TFA	KHK-Ereignisse	Vergleich von hoher mit niedriger Zufuhr	RR (95 % CI) 1,25 (1,07; 1,46)	p = 0,007	Alter, Energiezufuhr, körperliche Aktivität, Rauchen, Geschichte an Bluthochdruck oder erhöhtem Serumcholesterol, Serumcholesterol/triglyceride, BMI,	"In Meta-Analyse von Skeaff & Miller 2009 enthaltene Studien: Ascherio et al. 1996, Oh et al. 2005, Pietinen et al. 1997, Xu et al. 2006

Autor Jahr, EK, Land Studiename	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	Anmerkungen
						KHK-Mortalität	Vergleich von hoher mit niedriger Zufuhr	RR (95 % CI) 1,32 (1,08; 1,61)	p = 0,006	WHR, Alter bei der ersten Geburt, sytolischer Blutdruck/Blutdruck, elektrokardiografische Abnormalitäten, Diabetes, Alkoholzufuhr, Zufuhr von anderen FA, KH, Cholesterol, Protein, Vitaminen, Mineralstoffen, Multivitamin-supplementen, Obst, Gemüse, BS, BS aus Getreide, Fleisch, Butter und Margarine, Beruf, Familiengeschichte an Herzinfarkt, Nutzung von Aspirin, menopausaler Status, Hormonersatztherapie, Behandlungsgruppe, Bildung, soziale Klasse, sozioökonomischer Status	"In Meta-Analyse von Skeaff & Miller 2009 enthaltene Studien: Ascherio et al. 1996, Pietinen et al. 1997, Xu et al. 2006
	Meta-Analyse von 2 Interventionsstudien 3-8,1 Jahre	Männer und Frauen mit und ohne Vorgeschichte an KHK aus den UK und den USA	18756 Männer und Frauen 45-79 Jahre	FFO, Wiege- protokoll	Gesamtfett	KHK-Ereignisse	Intervention (low-fat) vs. Kontrolle	RR (95 % CI) 0,93 (0,84; 1,04)	p = 0,072		"In Meta-Analyse von Skeaff & Miller 2009 enthaltene Studien: Howard et al. 2006, Research Committee 1965
						KHK-Mortalität		RR (95 % CI) 1,00 (0,80; 1,24)	p = 0,317		"In Meta-Analyse von Skeaff & Miller 2009 enthaltene Studien: Howard et al. 2006, Research Committee 1965
	Meta-Analyse von 9 Interventionsstudien 2-6 Jahre	Männer und Frauen mit und ohne Vorgeschichte an KHK aus UK, Norwegen, USA und Finnland	14485 Männer und Frauen 30-46 Jahre	Diet history, Ernährungs- fragebogen, FFO, 3-Tage Ernährungs- protokoll, Wiegeprotokoll, bereitgestelltes Essen	SFA, PUFA	KHK-Ereignisse	Austausch SFA gegen PUFA	RR (95 % CI) 0,83 (0,69; 1,00)	p = 0,05		"In Meta-Analyse von Skeaff & Miller 2009 enthaltene Studien: Burr et al. 1989, Dayton & Pearce 1969, Frantz et al. 1989, Leren 1970, Medical Research Council 1968, Miettinen 1983, Rose et al. 1965, Turpeinen 1979, Watts et al. 1992
						KHK-Mortalität		RR (95 % CI) 0,84 (0,62; 1,12)	p = 0,867		"In Meta-Analyse von Skeaff & Miller 2009 enthaltene Studien: Burr et al. 1989, Leren 1970, Medical Research Council 1968, Miettinen 1983, Turpeinen 1979, Watts et al. 1992
	Meta-Analyse von 15 Interventionsstudien 6 Monate - 4,6 Jahre	Männer und Frauen mit und ohne Vorgeschichte an KHK aus UK, USA, Europa, Deutschland, Italien, Norwegen, Indien und Japan	38361 Männer und Frauen 54,6-65 Jahre (Durch- schnittsalter)	k. A.	langkettige n-3 PUFA	KHK-Ereignisse	Intervention vs. Kontrolle	RR (95 % CI) 0,89 (0,82; 0,98)	p = 0,012		"In Meta-Analyse von Skeaff & Miller 2009 enthaltene Studien: Brouwer et al. 2006, Burr et al. 1989, GISSI Prevenzione Investigators 1999, Kaul et al. 1992, Maresta et al. 2002, Nilsen et al. 2001, Yokoyama et al. 2007
						KHK-Mortalität		RR (95 % CI) 0,88 (0,76; 1,01)	p = 0,061		"In Meta-Analyse von Skeaff & Miller 2009 enthaltene Studien: Brouwer et al. 2006, Burr et al. 1989, Burr et al. 2003, GISSI Prevenzione Investigators 1999, Johansen et al. 1999, Leaf et al. 1994, Leaf et al. 2005, Nilsen et al. 2001, Raitt et al. 2005, Sacks et al. 1995, von Schacky et al. 1999, Yokoyama et al. 2007
Studer et al. 2005, EK Ia*	Meta-Analyse von 12 Interventionsstudien	Männer und Frauen mit und ohne Vorgeschichte an KHK	19847 Männer und Frauen		n-3 PUFA	KHK-Mortalität	Intervention vs. Kontrolle	RR (95 % CI) 0,68 (0,52;0,90)	p = 0,001		"In Meta-Analyse von Studer et al. 2005 enthaltene Studien: Burr et al. 1989, Burr et al. 2003, de Lorgenil et al. 1994, GISSI- Prevenzione 1999, Johansen et al. 1999, Leaf et al. 1994, Leng et al. 1998, Sacks et al. 1995, Singh et al. 1997, Singh et al. 2002, von Schacky et al. 1999

Autor Jahr, EK, 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	Anmerkungen
Trikalinos et al. 2012, EK Ia*+Ila*	Meta-Analyse von 14 Interventionsstudien	Männer und Frauen mit und ohne Vorgeschichte an KHK	48500 Männer und Frauen		EPA, DHA	KHK-Mortalität	Intervention vs. Kontrolle	RR (95 % CI) 0,89 (0,83;0,96)	p < 0,05		*In Meta-Analyse von Trikalinos et al. 2012 enthaltene Studien: Brouwer et al. 2006, Durrington et al. 2001, Einvik et al. 2010, Johansen et al. 1999, Kromhout et al. 2010, Leaf et al. 2005, Marchioli et al. 2002, Nilsen et al. 2001, Rauch et al. 2010, Raitt et al. 2005, Sacks et al. 1995, Singh et al. 1997, Tavazzi et al. 2008, Yokoyama et al. 2007
	Meta-Analyse von 5 Kohortenstudien	Männer und Frauen ohne Vorgeschichte an KHK	69309 Männer und Frauen	FFQ, Diet history		kardiale oder kardiovaskuläre Todesfälle	Vergleich der Zufuhr unterhalb oder oberhalb einer festgelegten Schwelle linear ≤0,20 >0,20 ≤0,30 >0,30 ≤0,40 >0,40 ≤0,50 >0,50	OR (95 % CI) pro 0,20 g/Tag an höherer Durchschnittszufuhr 0,99 (0,96; 1,03) 0,70 (0,48; 1,02) 1,00 (0,97; 1,04) 0,93 (0,77; 1,13) 1,00 (0,96; 1,04) 1,03 (0,91; 1,15) 0,99 (0,94; 1,03) 1,03 (0,95; 1,13) 0,98 (0,93; 1,03)	0,753 0,184 0,752 0,813 0,569		*In Meta-Analyse von Trikalinos et al. 2012 enthaltene Studien: de Goede et al. 2010, Jarvinen et al. 2006, Kamphuis et al. 2004, Pietinen et al. 1997, Yuan et al. 2001
	Meta-Analyse von 7 Kohortenstudien		123122 Männer und Frauen			kardiale, kardiovaskuläre oder plötzliche Todesfälle	Vergleich der Zufuhr unterhalb oder oberhalb einer festgelegten Schwelle linear ≤0,20 >0,20 ≤0,30 >0,30 ≤0,40 >0,40 ≤0,50 >0,50	OR (95 % CI) pro 0,20 g/Tag an höherer Durchschnittszufuhr 0,99 (0,96; 1,03) 0,64 (0,46; 0,89) 1,00 (0,97; 1,04) 0,88 (0,74; 1,05) 1,01 (0,97; 1,05) 1,00 (0,89; 1,11) 0,99 (0,95; 1,04) 1,02 (0,94; 1,10) 0,98 (0,94; 1,03)	0,749 0,030 0,357 0,950 0,815		*In Meta-Analyse von Trikalinos et al. 2012 enthaltene Studien: Albert et al. 1998, de Goede et al. 2010, Iso et al. 2002, Jarvinen et al. 2006, Kamphuis et al. 2004, Pietinen et al. 1997, Yuan et al. 2001
Yokoyama et al. 2007, EK Ib	Intervention, randomisiert, kontrolliert 4,6 Jahre	Männer und Frauen mit Hypercholesterolämie, aber ohne Vorgeschichte an KHK	14981 Männer und Frauen 40-75 Jahre		EPA	koronare Ereignisse	Intervention (1800 mg EPA/Tag und Statine) vs. Kontrolle (Statine)	HR (95 % CI) 0,82 (0,63; 1,06)	p = 0,132		
						plötzlicher Herztod		HR (95 % CI) 1,25 (0,34; 4,67)	p = 0,736		
						tödlicher Herzinfarkt		HR (95 % CI) 1,00 (0,32; 3,11)	p = 0,995		
						nicht tödlicher Herzinfarkt		HR (95 % CI) 0,80 (0,52; 1,24)	p = 0,321		
Woodward et al. 2011, EK Ib, Schottland Scottish Heart Health Extended Cohort Study	Kohorte, prospektiv 19,5 Jahre	Männer und Frauen ohne Vorgeschichte an kardiovaskulären Krankheiten	3944 Männer und Frauen 40-59 Jahre	Fettsäurenkonzentration des Fettgewebes; FFQ	SFA	Inzidenz kardiovaskuläre Krankheiten (CVD)	Vergleich extremer Quartile der Fettsäurenkonzentration im Fettgewebe	HR (95 % CI) 0,81 (0,66; 1,00)	p = 0,99	Alter, Geschlecht, Gesamt- und HDL-Cholesteroll, systolischer Blutdruck, Rauchen, Diabetes, sozioökonomischer Status, Familiengeschichte an KHK, Gebrauch von Medikamenten gegen erhöhten Blutdruck	
					Myristinsäure			HR (95 % CI) 0,85 (0,70; 1,03)	p = 0,31		
					Palmitinsäure			HR (95 % CI) 0,83 (0,68; 1,02)	p = 0,74		
					Stearinsäure			HR (95 % CI) 0,85 (0,69; 1,04)	p = 0,18		
					MUFA			HR (95 % CI) 1,29 (1,05; 1,59)	p = 0,47		
					Palmitoleinsäure			HR (95 % CI) 1,21 (0,99; 1,47)	p = 0,04		
					Olsäure			HR (95 % CI) 1,25 (1,02; 1,54)	p = 0,77		
					Eicosansäure			HR (95 % CI) 1,11 (0,91; 1,34)	p = 0,87		

Autor Jahr, EK, 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	Anmerkungen
					PUFA			HR (95 % CI) 0,84 (0,69; 1,03)	p = 0,004		
					n-6 PUFA			HR (95 % CI) 0,85 (0,69; 1,94)	p = 0,007		
					Linolsäure			HR (95 % CI) 0,83 (0,68; 1,03)	p = 0,62		
					y-Linolensäure			HR (95 % CI) 0,95 (0,77; 1,17)	p = 0,62		
					Dihomo-y- Linolensäure			HR (95 % CI) 0,83 (0,67; 1,03)	p = 0,08		
					Arachidonsäure			HR (95 % CI) 1,03 (0,85; 1,25)	p = 0,82		
					n-3 PUFA			HR (95 % CI) 0,77 (0,63; 0,94)	p = 0,003		
					DPA			HR (95 % CI) 0,77 (0,63; 0,95)	p = 0,03		
					DHA			HR (95 % CI) 0,76 (0,62; 0,93)	p = 0,0006		
					Verhältnis PUFA/SFA			HR (95 % CI) 0,91 (0,74; 1,11)	p = 0,07		

Legende zur Tabelle: Studien zur Zufuhr von Fett bzw. Fettsäuren und Prävention der KHK (Kapitel 9)

95 % CI	95 % Konfidenzintervall
ALA	α -Linolensäure
BMI	Body Mass Index
BS	Ballaststoffe
d	day bzw. Tag
DHA	Docosahexaensäure
DPA	Docosapentaensäure
EK	Evidenzklasse
En%	Energieprozent
EPA	Eicosapentaensäure
FFQ	Food Frequency Questionnaire = Verzehrshäufigkeitsfragebogen
FA	Fettsäuren
HR	Hazard Ratio
k. A.	keine Angabe
KH	Kohlenhydrate
KHK	koronare Herzkrankheit
LA	Linolsäure
MUFA	einfach ungesättigte Fettsäuren
n	Anzahl
n. s.	nicht signifikant
OR	Odds Ratio
PUFA	mehrfach ungesättigte Fettsäuren
Q	Quartile oder Quintile
RR	Relatives Risiko
SFA	gesättigte Fettsäuren
TFA	trans-Fettsäuren
UK	United Kingdom
WHR	waist-to-hip-ratio bzw. Taille-Hüft-Verhältnis