

Leserbrief der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung von Fettstoffwechselstörungen  
und ihren Folgeerkrankungen DGFF (Lipid-Liga) e. V.

**zum Artikel**

**„Fette Gewinne – Cholesterinsenker werden gern verordnet, helfen aber nur selten“**

**Autor Werner Bartens,**

**Süddeutsche Zeitung vom 19. Januar 2011, Titelseite**

Werner Bartens nimmt Bezug auf eine auch in anderen Zeitungen beachtete Schlussfolgerung der Cochrane-Heart Group, London, zum Thema „Stellenwert der Statine in der Primärprävention“. Seine Ausführungen gehen an deren Daten leider fast vollständig vorbei. Allem Anschein nach wird die aktuell publizierte Analyse der Cochrane-Heart-Group nur zum Anlass genommen, die Notwendigkeit einer Statintherapie wieder einmal in Frage zu stellen. Es ist nicht verwerflich, Dogmen immer neu zu hinterfragen. Doch darf dies nicht zu einer grundsätzlichen Verunsicherung der Ärzteschaft und auch der Patienten - bezüglich des erheblichen Nutzens einer konsequenten LDL-Cholesterinsenkung im Hinblick auf die Mortalität und Morbidität - führen. Die Ausführungen des Autors Bartens lassen jedoch befürchten, dass dieser Beitrag Betroffene verunsichert und dadurch Patienten erheblicher Schaden zugefügt werden kann, die von der Prävention mit Statinen in sehr hohem Umfang profitieren und nun meinen, ihre Therapie absetzen zu können.

Schon der Untertitel der Überschrift des SZ-Artikels ist irreführend!

Es gibt überhaupt keine Zweifel: Der Einsatz einer medikamentösen Lipidsenkung durch Statine ist im Hinblick auf die Reduktion von kardiovaskulären Ereignissen und deren Sicherheit völlig unumstritten und in einer jüngst im Lancet veröffentlichten viel größeren Metaanalyse eindrucksvoll bestätigt. Warum zunächst diese Irreführung in der Überschrift, wenn Bartens im Widerspruch dazu dann doch im Artikel selbst bestätigt, dass die Cholesterinsenkung bei Patienten nach einem durchgemachten Herzinfarkt unbedingt erforderlich und in der Wirkung bewiesen ist? Die Cholesterinsenkung ist die effektivste Maßnahme, um neue Infarkte zu verhindern und sollte keinem Patienten vorenthalten werden.

Zu Bartens weiteren Fehl- und Falschinterpretationen der Cochrane Heart Group – Analysen: Er behauptet, dass einige dieser Untersuchungen erwiesen hätten, dass die Cholesterinsenkung mit geringem Nutzen bei zu vielen Menschen eingesetzt würde. Dieses Ergebnis hat die Untersuchung nicht erbracht, sondern nur das Fazit, dass die wissenschaftliche Datenlage nicht ausreichend ist, um eine Therapie mit Statinen auf breiter Basis bei niedrigem Risiko im Rahmen der so genannten Primärprävention zu empfehlen.

Dies ist allgemein unbestrittenen genau so wie die seit Jahren gültigen Empfehlungen der medizinischen Fachgesellschaften, das individuelle gesamte, also über den isolierten Cholesterinwert hinausgehende Risiko einer Behandlungsindikation zu Grunde zu legen.

Völlig falsch ist die Behauptung vom Autor Bartens, dass von Fachgesellschaften festgesetzt worden sei, dass alle Werte von Gesamtcholesterin über 200 mg/dl Ausdruck einer Erkrankung und damit medikamentös behandlungsbedürftig seien. Seit über 20 Jahren weisen die Fachgesellschaften darauf hin, dass die einzige Konsequenz bei Vorliegen dieser Werte darin besteht, zusätzlich zum Gesamtcholesterin, das „gute (HDL)“ und das „schlechte (LDL)“ - Cholesterin zu bestimmen. Liegen diese Werte vor, müssen weitere Risikofaktoren abgeklärt und erst dann kann entschieden werden, ob eine Behandlung notwendig ist. Eine ausführliche entsprechende Stellungnahme wurde hierzu von unserer Fachgesellschaft veröffentlicht.

Unabhängig davon – und das sollte Herr Bartens als Arzt eigentlich wissen – ist das Vorhandensein von erhöhten Cholesterinkonzentrationen nicht gleich zu setzen mit einer Erkrankung. Es handelt sich um eine Störung des Fettstoffwechsels, die vor allem in Verbindung mit weiteren KHK-Risikofaktoren (Rauchen, Diabetes, Bluthochdruck, Übergewicht) zu einer Erkrankung des Herz-Kreislaufsystems führen kann. **Kein verantwortungsvoller Arzt empfiehlt daher, einem Patienten nur aufgrund seiner Cholesterinwerte zu behandeln.** Diese müssen immer im Zusammenhang mit anderen Risikofaktoren gesehen werden. Je mehr Risikofaktoren vorliegen, desto höher ist das Infarktisiko. Wenn das Risiko 20% in 10 Jahren beträgt (was durch Risikotabellen bestimmbar ist) oder, wenn ein genetischer Stoffwechseldefekt vorliegt, dann, aber nur dann wird auch bei Menschen ohne Symptome eine medikamentöse Therapie, in der Regel mit Statinen empfohlen. Es gibt daher kein schematisches Vorgehen aufgrund eines Gesamtcholesterinwertes, sondern eine Therapieentscheidung des Arztes, die sich am individuellen Risiko der untersuchten Person orientiert.

In der zitierten Studie wurde festgestellt, dass durch die Cholesterinsenkung bei Patienten ohne Symptome, die Zahl der Todesfälle verringert wurde, ebenso die Zahl der Herzinfarkte, der Schlaganfälle und der operativen Eingriffe am Herzen. Diese positiven Effekte wurden erzielt ohne eine zusätzliche Gefahr durch Nebenwirkungen, insbesondere ohne Krebsgefahr. Einwände gegen einzelne Studien ändern nichts am positiven Effekt der Untersuchungen. Die Autoren der Cochrane-Analyse kommen zu dem Schluss, dass eine Therapie bei Patienten ohne Symptome von Herzinfarkt und Angina pectoris sorgsam abgewogen werden muss, ein Vorgehen, das die Fachgesellschaften seit vielen Jahren

durch die individuelle Therapie unter Berücksichtigung des Gesamtrisikos überzeugend vertreten.

Prof. Dr. med. Achim Weizel  
1. Vorsitzender DGFF

Postanschrift:  
DGFF (Lipid-Liga) e. V.  
Waldklausenweg 20  
81377 München

Telefon: 089 – 7191001  
Telefax: 089 – 7142687  
Email: [info@lipid-liga.de](mailto:info@lipid-liga.de)  
Internet: [www.lipid-liga.de](http://www.lipid-liga.de)

Sitz der Gesellschaft: Wiesbaden, Reg.-Nr. 2577

München, 27. Januar 2011