

Cholesterin: Senker sollen zurückhaltender verordnet werden

Werner Bartens

Über die Neuausrichtung und den Mut, der sich hinter diesen nüchternen Zahlen verbirgt, scheinen die Autoren der Empfehlungen selbst erstaunt zu sein. "Uns ist klar, dass diese Richtlinien eine ziemliche Veränderung gegenüber früheren Empfehlungen darstellen", schreiben die Experten, nachdem sie fünf Jahre lang die Fachliteratur durchforstet haben. "Aber als Arzt kann man sich an Veränderungen gewöhnen, wenn die Veränderungen durch erdrückende Beweise begründet sind."

Die Zeit sei einfach vorbei, auf bestimmte LDL-Zielwerte hinzuthereapieren und diese immer niedriger anzusetzen. Auch im Cholesteringewerbe hat sich die Erkenntnis durchgesetzt, dass viel nicht immer viel hilft.

In der Tat konnte man in den vergangenen 50 Jahren den Eindruck gewinnen, dass der empfohlene Grenzwert für Cholesterin mit jedem Jahrzehnt automatisch weiter abgesenkt wurde. Von 260 über 240 und 220 bis auf 200 Milligramm pro Deziliter verringerten die Fachgremien den Zielwert im Blut, der angeblich Herz und Gefäße schonte.

Im Jahre 2005 empfahl die Europäische Kardiologenvereinigung sogar einen Wunschgrenzwert von 193 Milligramm pro Deziliter, was allerdings auch unter Ärzten erhebliche Proteste auslöste, da auf diese Weise drei Viertel aller Erwachsenen krankgeredet und für potenziell therapiebedürftig erklärt würden.

Ende der "Cholesterinkosmetik"

"Es ist gut, dass nicht mehr so pauschal behandelt werden soll", sagt Christian Hamm, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie. "Manche Patienten haben die Statine ja nur bekommen, um Cholesterinkosmetik zu betreiben und den Laborwert zu schönen, das sollte jetzt endgültig vorbei sein."

Im Übrigen ist Hamm der Meinung, dass die Statine "zu den segensreichsten Medikamenten überhaupt" gehören, mit denen schon Hunderttausende gerettet worden sind. Außerdem hätten die europäischen Kardiologen die Kehrtwende in der Behandlung längst vollzogen, die von den Amerikanern jetzt mit großem Brimborium verkündet wird.

"Die Erkenntnisse über die beste Behandlung sind aber nur ziemlich mühsam in der Praxis angekommen", beklagt Hamm. "In Deutschland sind die Vorbehalte gegen Medikamente generell groß - besonders gegenüber Fettsenkern. Und das hat nach dem Lipobay-Skandal noch zugenommen." Deshalb seien etliche Patienten gar nicht oder nur unterdosiert behandelt worden, die von Statinen hätten profitieren können, vermutet Hamm. Andererseits hätten aber auch viel zu viele Patienten die Mittel bekommen, obwohl dies medizinisch gar nicht nötig gewesen wäre.

Aus den einschlägigen Statistiken geht hervor, dass fast fünf Millionen Menschen in Deutschland Statine

einnehmen. Aber nur bei etwa zwei Millionen dieser Patienten ist das medizinisch schlüssig zu begründen - etwa nach einem Infarkt oder bei Diabetikern mit entgleisten Blutfetten. Der trotzdem therapierte große Rest umfasst eine diffuse Gruppe von Menschen, die ein bisschen zu dick und ein bisschen zu bewegungsfaul sind und die ein bisschen erhöhte Cholesterinspiegel aufweisen.

Diese undifferenzierte Verschreibungslust führt dazu, dass sich gleich mehrere Fettsenker regelmäßig unter den Top Ten der Medikamentenbestseller wiederfinden. Das bekannteste Mittel Atorvastatin (die Handelsnamen sind Sortis oder Lipitor) war 2011 mit mehr als 12,2 Milliarden Dollar das umsatzstärkste Medikament weltweit.

"Wir wissen ja, wie manche Leitlinien gerade im Bereich der Fettstoffwechselstörungen entstanden sind", sagt Andreas van de Loo, Chef der Kardiologie am Hamburger Marienkrankenhaus, und spielt damit auf den starken Einfluss der Pharmaindustrie im Bereich der Lipidsenker und der damit befassten Ärztegremien an. "Jetzt haben sich offenbar auch die US-Kardiologen etwas beruhigt und betrachten nicht mehr nur sklavisch den Cholesterinwert."

Van de Loo erinnert sich an etliche Patienten, die mit einer als Rhabdomyolyse bezeichneten schweren Muskelschädigung und Nierenversagen zu ihm in Lebensgefahr in die Klinik kamen: "Viele haben die Medikamente gar nicht nötig gehabt, da wurden Menschen mit geringem Risiko therapiert - mit teilweise starken Nebenwirkungen." Der Kardiologe begrüßt es, dass endlich mehr auf die Lebensbedingungen der Patienten und die klinischen Untersuchungsergebnisse als auf den Laborwert geschaut wird und nicht mehr Statine mit der Gießkanne verteilt werden.