

**Stellungnahme 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**

Dieser SZ-Artikel nimmt Bezug auf eine auch in anderen Zeitungen beachtete Schlussfolgerung der Cochrane-Heart Group, London, Federführung Dr. Fiona Taylor, publiziert am 19. Januar 2011 zum Thema „Stellenwert der Statine in der Primärprävention (Taylor F, Ward K, More THM, Burke M, Davey Smit G, Casas J-P, Ebrahim S. Stains for the primary prevention of cardiovascular disease. The Cochrane Database of Systematic Review 2011, Issue 1 Art. No.: CD004816).

Fette Gewinne
Cholesterinsenker werden gern verordnet, helfen aber nur selten

Spätestens seit die Frage „Butter oder Margarine?“ Familien und Wohngemeinschaften entzweit, gehört das Cholesterin zur Achse des Bösen. Zwar kommt der lebenswichtige Naturstoff in jeder Zelle des menschlichen Körpers vor. Trotzdem gilt ein Übermaß des Fettmoleküls im Blut als schwimmender Risikofaktor, der Adern zudeckelt und zu vorzeitigem Herztod oder Schlaganfall führen kann. Kein Wunder, dass Ärzte, Apotheker und Pharmafirmen dem Cholesterin schon lange den Kampf angesagt haben.

Fachgesellschaften senkten in den vergangenen Jahrzehnten den Grenzwert des Cholesterins im Blut immer weiter ab – erst von 260 auf 240, dann auf 220 und schließlich auf unter 200 Milligramm pro Deziliter. Als Folge daraus wurden mehr als zwei Drittel der beschwerdefreien Erwachsenen zu Risikoträgern gemacht und für krank erklärt. Zudem bekommen fast sechs Millionen Menschen allein in Deutschland Cholesterinsenker aus der Gruppe der Statine verordnet. Diese Arzneimittelgruppe gehört längst zu den meistverkauften Medikamenten weltweit. Allein mit dem bekanntesten Wirkstoff Atorvastatin wurde 2007 ein globaler Erlös von mehr als zwölf Milliarden Dollar erzielt.

Viel hilft in der Medizin selten viel. „Die flächendeckende Einnahme der Statine ist nicht gerechtfertigt, wenn keine Herzerkrankung und keine anderen Risiken vorliegen“, sagt Fiona Taylor von der Universität London. Wer lediglich erhöhte Blutfette aufweise, profitiere kaum oder gar nicht von den Pillen, zeigen britische Ärzte um Taylor in einer großen Untersuchung, die an diesem Mittwoch vorgestellt wird. Die Forscher des Cochrane-Netzwerks nahmen in einer Meta-Analyse bisherige Studien zu den Fettsenkern unter die Lupe. Cochrane-Analysen gelten als extrem gründlich. In dieser wurde ermittelt, wie es 34 000 Menschen ergangen war, die Statine oder ein Scheinpräparat bekamen. Auf ihre Lebenszeit wirkte sich das kaum aus. Statt neun starben acht von 1000 Menschen jährlich, wenn sie Cholesterinsenker nahmen.

Doch auch der geringe Vorteil ist fraglich, denn 13 der 14 untersuchten Studien waren von der Industrie finanziert. „Wir wissen, dass in solchen Studien eher positive Ergebnisse berichtet werden“, sagt Taylor. „Manche Studien werden vorzeitig beendet, sobald erste günstige Ergebnisse vorliegen.“ So werde der Nutzen aufgebläht, die Gefahr unterschätzt, Kosten für die Firma sinken, das Marketing kann früher beginnen, kritisiert Lee Green von der Universität Michigan. Der Nutzen der Statine scheint vor allem für jene maximal 1,5 Millionen Patienten in Deutschland belegt zu sein, die schon einen Infarkt hatten und davon bewahrt werden sollen, dass ihre Kranzgefäße erneut dichtmachen. Viele der restlichen 4,5 Millionen mit Statinen behandelten Menschen werden hauptsächlich aufgrund erhöhter Cholesterinwerte zu „Risikopatienten“ erklärt, obwohl sie weder über Beschwerden klagen, noch an einer Herzerkrankung leiden.

„Cholesterin runter und alles gut – so einfach funktioniert das nicht“, sagt der Heidelberger Pharmakologe Ulrich Schwabe, der den Arzneiverordnungsreport mit herausgibt. „Man muss das Gesamtrisiko betrachten und dann abwägen. Es gibt schließlich viele Gründe für einen Herzinfarkt, die nichts mit dem Cholesterin zu tun haben.“ Fast die Hälfte aller Patienten bekommt einen Infarkt, obwohl ihre Blutfettspiegel im normalen Bereich liegen. *Werner Bartens*

Cochrane-Analysen haben oft größeres Ansehen, und die hier vielleicht gemeinte Sorge vor einer Überversorgung mit Medikamenten wird von vielen geteilt. Insofern kann auch die Berichterstattung von Werner Bartens gut gemeint sein, doch sie beschränkt sich nicht auf die Analyse und geht an deren Daten leider fast vollständig vorbei, anstatt sich mit deren wesentlicher Problematik, nämlich der Schlussfolgerung, sachverständig und kritisch auseinanderzusetzen. Leider kann der Artikel dadurch Betroffenen erheblich schaden, die von der Prävention mit Statinen in sehr hohem Umfang profitieren. Ziel der nachfolgenden Stellungnahme ist dennoch weniger die Auseinandersetzung mit der Journalistenmeinung, sondern Bedenken vor fatalen Konsequenzen falscher Cochrane-Interpretationen.

Schon der Untertitel der tendenziösen 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 (Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaboration, Lancet 2010 Nov 13;376 (9753): 1622 -4.) Efficacy and safety of more intensive lowering of LDL Cholesterol: a meta-analysis of data from 170 000 participants in 26 randomised trials) veröffentlichten viel größeren Metaanalyse eindrucksvoll bestätigt.

Warum erst diese Irreführung in der Überschrift, die natürlich zur Verunsicherung der Patienten führt, wenn dann auch noch Werner Bartens 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.

Die weiteren Fehl- und Falschinterpretationen von Werner Bartens bezüglich der Untersuchungsergebnisse der Cochrane Heart Group bedürfen dringend eines Kommentars.

Hierzu vorab eine kurze Zusammenfassung der von ihm zitierten Untersuchung:

Es handelt sich um eine Daten-Analyse von 14 durchgeführten klinischen Studien mit 34.272 Patienten, die mit einem Statin oder Plazebo (Scheinmedikament) behandelt wurden. Diese Patienten hatten (noch) keine kardiovaskuläre Erkrankung, waren aber von so genannten Risikofaktoren für eine kardiovaskuläre Erkrankung betroffen, wie z. B. erhöhte Cholesterinkonzentrationen im Blut. Bei einer Behandlung dieser Patientengruppe spricht man von der Primärprävention. Im Gegensatz zur Sekundärprävention, hier haben die Patienten bereits ein Koronareignis erlitten, wie z. B. Herzinfarkt. Wissenschaftlich und ärztlich praktisch wird allerdings die Einteilung in Primärprävention und Sekundärprävention längst als überholt gesehen. Zum Beispiel, weil die Hälfte der Herzinfarkte vollkommen ohne Vorboten auftritt, das Risiko hierfür jedoch halbquantitativ recht gut erfassbar ist und erlaubt, eine höhere Behandlungsintensität den Patienten vorzubehalten, die tatsächlich ein Risiko von > 2% für ein kardiovaskuläres Ereignis haben – im Einklang auch mit der hier bemühten Cochrane-Analyse.

Herr Bartens behauptet, dass einige dieser Untersuchungen erwiesen haben, 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 im Rahmen der so genannten Primärprävention bei niedrigem Risiko zu empfehlen. Das ist überhaupt nicht neu, und das individuelle globale, also natürlich über einen Cholesterinwert hinausgehende Risiko, ist Basis der Behandlungsindikation.

Völlig falsch ist die Behauptung vom Autor Bartens, dass von Fachgesellschaften (lipidologische, kardiologische, internistische, diabetologische) festgesetzt worden sei, dass alle Werte von Gesamtcholesterin über 200mg/dl Ausdruck einer Erkrankung sind und medikamentös behandelt werden müssen. 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 werden und erst dann kann entschieden werden, ob eine Behandlung durchgeführt werden soll.

Eine entsprechende Stellungnahme wurde hierzu veröffentlicht (siehe u. a. www.lipid-liga.de, Rubrik „Diagnostik & Therapie – Stellungnahmen“) und der Presse, so auch Werner Bartens im Mai 2009 zugesandt.

Kein verantwortungsvoller Arzt empfiehlt, einem Patienten nur aufgrund seiner Cholesterinwerte zu behandeln, diese müssen immer im Zusammenhang mit anderen Risikofaktoren gesehen werden (Zigarettenrauchen, Diabetes, Bluthochdruck, Übergewicht). 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, 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 änderten nichts am positiven Effekt der Untersuchungen. Die Autoren 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
Internet: www.lipid-liga.de

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

München, 21. Januar 2011