



Die neue
Ausgabe erscheint
am 7. August 2017

» Die Cholesterin-Lüge «

Eine Fehlinformation mit fatalen Folgen!

*Dr. med. Franz Heigl vom Medizinischen Versorgungszentrum
Dres. Heigl, Hettich & Partner aus Kempten klärt auf.*

Wenn Sie als Leser der »Allgäuerin« auf diesen Artikel aufmerksam geworden sind, dann möglicherweise deswegen, weil auch bei Ihnen schon einmal der Cholesterinspiegel im Blut gemessen worden ist. Und Ihr Arzt hat Ihnen vielleicht mitgeteilt, dass genau dieser Blutfettwert erhöht und damit therapiebedürftig ist. Für den Fall, dass Sie an Diabetes erkrankt sind oder gar schon einen Herzinfarkt

erlebt haben, hat spätestens Ihr Diabetologe oder Kardiologe darauf gepocht, den Cholesterinspiegel durch Einnahme eines Medikamentes, eines sogenannten Statins, drastisch abzusenken. Vielleicht waren Sie irritiert, dass Ihnen Ihr behandelnder Arzt dabei einen Choles-

terinzielwert genannt hat, der sich eigenartigerweise deutlich von dem unterschieden hat, der Ihrem besten Freund von dessen Hausarzt genannt worden war. Total verunsichert waren Sie aber zu dem Zeitpunkt, als eine Fernsehsendung



Menschen mit Übergewicht erkranken häufig auch an Bluthochdruck, Diabetes und Fettstoffwechselstörungen.

mit dem Titel »Cholesterin, der große Bluff« ausgestrahlt wurde und Sie zudem in Ihrer Tageszeitung auf einen Leserbrief gestoßen sind: Überschrift: »Das Märchen vom bösen Cholesterin«. Dem Verfasser gelang es mit seinen Ausführungen möglicherweise endgültig, Sie von der Fortführung der von Ihrem Arzt empfohlenen Statintherapie abzubringen. Denn der Leserbriefschreiber, immerhin auch ein Mediziner, traf Ihren Nerv, als er scheinbar

schonungslos die Irrtümer zum Thema »Cholesterin« aufdeckte. Dabei bezog er sich auf ein bereits im Jahr 2002 publiziertes pseudowissenschaftliches Werk, das durch einen populistischen Rundumschlag gegen Ärzte und Pharmaindustrie heute noch dafür mitverantwortlich gemacht werden muss, dass in Deutschland weniger als fünf Prozent aller Patienten mit Fettstoffwechselstörungen adäquat behandelt werden.

Risikofaktoren für die Entstehung einer Arteriosklerose:

1. Fettstoffwechselstörungen (hohes LDL-Cholesterin Risikofaktor Nummer Eins für Herzinfarkt)
2. Bluthochdruck (Risikofaktor Nummer Eins für Schlaganfall)
3. Diabetes
4. Rauchen
5. Übergewicht
6. Bewegungsmangel
7. Stress
8. Familiäre Belastung
9. Männliches Geschlecht
10. Alter
11. Schlafbezogene Atmungsstörung
12. Feinstaub

→ **Arteriosklerose:** Hauptursache von Herzinfarkt und Schlaganfall

Ist Cholesterin gut oder böse?

Nach derlei Verunsicherung ist es an der Zeit, wieder Ordnung und Klarheit in die Gedanken zu bringen, die mit vielen Fragezeichen durch Ihren Kopf wirbeln: Ist Cholesterin gut oder böse? Braucht nicht unser Körper dringend Cholesterin oder macht Cholesterin doch krank? Kann man durch eine Senkung des Cholesterinspiegels im Blut wirklich das Herzinfarktrisiko reduzieren?

Hier die zehn wichtigsten Antworten und unstrittigen Fakten zum Thema »Cholesterin«:

1. Tatsächlich hat **Cholesterin** eine Reihe von **lebensnotwendigen Aufgaben** im Körper, beispielsweise bei der Synthese von Zellmembranen, Sexualhormonen, Gallensäuren und Vitamin D.
2. Andererseits wurde bereits vor über 100 Jahren entdeckt, dass **Cholesterin** auch wesentlicher **Bestandteil** von



Grundsätzlich gilt: Fettreiche tierische Lebensmittel sollten vermieden werden. Gemüse und Obst sind gesund, denn sie enthalten kein Cholesterin.

arteriosklerotischen Gefäßveränderungen ist.

3. Cholesterin wird vom Menschen nur zu einem Drittel über die Nahrung aufgenommen und zum überwiegenden Anteil im eigenen Körper produziert.
4. 1974 haben die beiden Forscher Goldstein und Brown Cholesterinrezeptoren entdeckt, vorwiegend in der Leber lokalisierte Strukturen, die in der Lage sind, überflüssiges Cholesterin im Körper zu binden und abzubauen. Außerdem gelang es ihnen, Cholesterin in Untergruppen einzuteilen, von denen die bekanntesten LDL-Cholesterin (arterioskleroseförderndes »schlechtes« Cholesterin) und HDL-Cholesterin (gefäßwandschützendes »gutes« Cholesterin) sind. Dafür erhielten sie 1986 den Nobelpreis für Medizin.
5. Die Nobelpreisträger konnten auch zeigen, dass ein scheinbar extrem niedriger LDL-Cholesterinspiegel von 25–50 mg/dl, so wie wir ihn übrigens regelhaft bei gesunden Neugeborenen vorfinden, völlig ausreichend für die Übernahme

von wichtigen Aufgaben im Körper und eine normale Entwicklung ist.

6. Menschen mit einem genetisch bedingten Mangel an LDL-Cholesterinrezeptoren sind nicht in der Lage, LDL-Cholesterin in genügendem Ausmaß abzubauen und weisen daher Blutspiegel von 200-400 mg/dl und gelegentlich noch viel höhere Werte auf. Das Risiko, einen Herzinfarkt oder eine Arteriosklerose auf einer anderen Gefäßetage zu erleiden, ist bei diesen Patienten deutlich erhöht.
7. Seit der 1984 publizierte Framingham-Studie, in die über 400.000 Menschen einbezogen worden sind, ist klar, dass Cholesterin der Risikofaktor Nummer Eins für den Herzinfarkt ist.
8. Seit 1989 gibt es in Deutschland hochwirksame Medikamente, sogenannte Statine, die in der Lage sind, erhöhte LDL-Cholesterinspiegel um 40–60% abzusenkten und damit die Entwicklung einer Herzkranzgefäßverengung (davon betroffen sind über drei Millionen Menschen in Deutschland) und das Risiko eines Herz-

Behandlungsstrategien bei Fettstoffwechselstörungen

1. **Bewegung und Diät** (wirksam vor allem bei hohen Triglyceriden und niedrigem HDL-Cholesterin)
2. **Medikamente** (vor allem bei hohem LDL-Cholesterin)
 - **Statine** (hemmen die Cholesterinproduktion in der Leber)
 - **Cholesterinresorptionshemmer** (hemmen die Aufnahme von Nahrungscholesterin aus dem Darm)
 - **PCSK9-Inhibitoren** (erhöhen die Anzahl von LDL-Cholesterinrezeptoren und fördern so den Abbau von LDL-Cholesterin)
3. **Apherese** (dialyseähnliches Blutreinigungsverfahren zur Entfernung von LDL-Cholesterin und Lipoprotein(a) bei medikamentös nicht behandelbaren schweren Fettstoffwechselstörungen)

Herzinfarkte verhindern und Leben retten

Um das Ziel einer besseren Versorgung von Patienten mit Fettstoffwechselstörungen zu erreichen, wurden auf Betreiben der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung von Fettstoffwechselstörungen und ihren Folgeerkrankungen DGFF (Lipid-Liga) e. V. Kriterien zur Zertifizierung von Lipidologischen Kompetenzzentren und Netzwerken entwickelt und zwar am Modell des Medizinischen Versorgungszentrums Dres. Heigl, Hettich & Partner. Das Kemptener MVZ wurde als erstes »Lipidologisches Kompetenzzentrum und Netzwerk DGFF« in Deutschland zertifiziert. Die Ärzte wollen zusammen mit 40 Kooperationspartnern neue Wege bei der Bekämpfung von Fettstoffwechselstörungen und ihren Folgeerkrankungen gehen und insbesondere möglichst viele Herzinfarkte im Allgäu vermeiden.



Ausreichend Bewegung und Sport ist wichtig für die Gesundheit von Gefäßen und erhöht den HDL-Cholesterinspiegel.

infarktes (mehr als 200.000 Patienten pro Jahr) drastisch zu reduzieren.

9. Die **Risikoreduktion** lässt sich sogar in Zahlen ausdrücken: Eine Absenkung des LDL-Cholesterinspiegels durch Statine um jeweils 10 mg/dl führt zu einer Reduktion tödlicher und nicht-tödlicher Herzinfarkte um jeweils 7%. Seit kurzem ist bekannt, dass man auch durch den Einsatz von Cholesterinresorptions-hemmern (Medikamente, mit denen die Cholesterinaufnahme im Darm blockiert werden kann) und durch sogenannte PCSK9-Inhibitoren (Medikamente, die den Abbau von LDL-Cholesterin fördern) **Herz- und Gefäßerkrankungen** ähnlich gut **verhindern** kann, wie durch die altbewährten Statine.

10. Für den Fall einer individuell nicht ausreichenden Wirksamkeit der oben genannten Medikamente oder des Auftretens von Nebenwirkungen gibt es eine seit Jahrzehnten bewährte Alternative: Die sogenannte **Lipoproteina-pherese**. Mit diesem **dialyseähnlichen Blutreinigungsverfahren** kann nicht nur **Cholesterin**, sondern auch das für

*Dr. med. Franz Heigl
Facharzt für Innere Medizin
Kardiologe-Nephrologe
Hypertensiologe-DHL
Lipidologe-DGFF
Medizinisches Versorgungszentrum
Dres. Heigl, Hettich & Partner
Robert-Weixler-Straße 19
87439 Kempten
Tel. 08 31 / 570 577-10
www.mvz-kempten.de*



Zielwerte bei der Behandlung von Fettstoffwechselstörungen in Abhängigkeit vom individuellen Gefäßrisiko

Risikoklasse: (prozentuales Risiko, innerhalb von zehn Jahren ein tödliches Herz-/Gefäßereignis zu erleiden)	Zielwerte LDL-Cholesterin
mäßig (1% bis < 5%) (1 Risikofaktor)	< 115 mg/dl
hoch (≥ 5% bis < 10%) (gravierender Risikofaktor wie z. B. Diabetes oder mehrere Risikofaktoren)	< 100 mg/dl
sehr hoch (≥ 10%) (bereits vorliegende Arteriosklerose an Herz oder Gefäßen z. B. Herzinfarkt oder Diabetes mit Gefäßfolgen oder schwere Nierenfunktionseinschränkung)	< 70 mg/dl

HDL-Cholesterin sollte unabhängig von der Risikokonstellation bei Männern ≥ 40 mg/dl, bei Frauen ≥ 50 mg/dl liegen. Triglyceride (Neutralfette) sollten bei allen Erwachsenen < 150 mg/dl liegen. Das Herz- und Gefäßrisiko eines jeden Erwachsenen kann anhand von sogenannten Risikoscores unter Berücksichtigung der individuellen Risikofaktoren (siehe S. 171) errechnet werden und gibt an, mit welcher Wahrscheinlichkeit innerhalb der nächsten zehn Jahre ein tödliches Herz- oder Gefäßereignis (z. B. Herzinfarkt) eintreten wird.

die Gefäße mindestens ebenso gefährliche, dem LDL-Cholesterin ähnliche **Lipoprotein(a)** effektiv aus dem Blut entfernt und das **Risiko eines Herzinfarktes um über 80% reduziert** werden.

die Medizin je zu bieten hatte und »DIE CHOLESTERIN-LÜGE« **endgültig widerlegt.**

→ **Cholesterinsenkung verhindert Herzinfarkte und rettet Leben!**

Zusammenfassend ist die Behandlung hoher Cholesterinwerte eines der am besten untersuchten und erfolgreichsten Therapiekonzepte, welche

Text: Dr. med. Franz Heigl; Fotos: MVZ Dres. Heigl, Hettich & Partner (1), ©kurhan/shutterstock (2), ©Alexander Rath/s/shutterstock.com (1), ©Monkey Business Images/shutterstock.com (1), ©Antonina Vlasova/shutterstock.com (1) §