

# Vascular Risk Foundation



## Fachgutachten zur Sendung SRF Puls über die neuen Statin-Leitlinien

Olten, 27.10.2020

Autor: Michel Romanens

Korrespondenz: [michel.romanens@gmail.com](mailto:michel.romanens@gmail.com)

Reproduktion nur unter Quellenangabe: <https://ncloud.docfind.ch/index.php/s/bfnX84gWHiWqfAN>

Links zum SRF Puls Bericht: <https://www.srf.ch/news/schweiz/umstrittener-zielwert-tausende-neue-patienten-wegen-neuer-cholesterin-leitlinie>

### Inhalt:

1. Zusammenfassung
2. Tabelle zur Statinindikation gemäss ESC Empfehlung 2019
3. Gegenüberstellung Sendung – Gegenargumente
4. Berechnungsbeispiel mit Sensitivitätsanalyse zur Kosteneffektivität von Statinen
5. Expertenchat

## 1. Zusammenfassung:

Die Inhalte der Sendung sind in wesentlichen Aussagen klinisch-medizinisch falsch:

1. Eine **Zunahme der Statinindikation bei Personen mit niedrigem Risiko** ist entgegen den Behauptungen von SRF inexistent, da selbst bei intermediär erhöhtem Risiko (SCORE < 5%) keine Statin-Indikation besteht.
  - a. Für diese Patientinnen und Patienten besteht lediglich die Empfehlung, Statine zu erwägen, insbesondere, wenn andere im SCORE-Test nicht enthaltene Risikofaktoren wie Nierenschwäche oder mit Bildgebung nachgewiesene prognostisch relevante Atherosklerose nachgewiesen wurden.
  - b. Die erwähnte Rosemann-Studie, wonach mit den neuen Richtlinien über 85% der Patientinnen und Patienten die Zielwerte nicht erreichten, bezieht sich auf Patientinnen und Patienten mit sehr hohem Risiko.
  - c. Der in der Sendung verbreitete Alarmismus betreffend Krankmachung von ganzen Bevölkerungssegmenten durch neue Statin-Indikationen entspricht nicht der Faktenlage und ist geeignet, Zuschauerinnen und Zuschauer dahingehend irrezuführen, dass sie nötige medizinische Behandlungen unterlassen.
2. Die Statine sind bei Personen mit niedrigem AGLA-Risiko **kosteneffektiv**.
  - a. Die Aussage, die Medikamente seien zu teuer im Verhältnis zur als fraglich dargestellten Wirkung bei niedrigem kardiovaskulärem Risiko ist aus mehreren Gründen falsch:
  - b. Erstens haben Personen mit einem niedrigen AGLA-Risiko für Herzinfarkt zwischen 5%-10% ein doppelt bis dreifach so hohes und damit intermediär bis hohes Risiko für Herzinfarkt, Hirnschlag, Bypass-Operationen und Koronarstent-Implantationen von 15-30% (Adams, Bojara, & Romanens, 2020).
    - i. Der SCORE-Risikorechner ist betreffend Risiko-Kategorisierung komplett verschieden vom AGLA Rechner (Romanens, Mortensen, Sudano, Szucs, & Adams, 2017; Romanens, Sudano, Adams, & Warmuth, 2019; Romanens, Szucs, Sudano, & Adams, 2019)
  - c. Zweitens sind Statine in diesem Segment kosteneffektiv im Vergleich zu den vermeidbaren medizinischen und sozialen Kosten von kardiovaskulären Ereignissen (Romanens, Sudano, Szucs, & Adams, 2015).
  - d. Dass die Kosten für Statine besser anderswo als in der kardiovaskulären Prävention eingesetzt werden können, ist in Anbetracht der Tatsache, dass eine Statin-Prävention 5- bis 15-mal billiger ist als eine Behandlung im Ereignisfall (siehe die Berechnungen weiter unten) eine Irreführung der Zuschauerinnen und Zuschauer.
3. Die Statine assoziierten **Muskelbeschwerden** werden massiv überzeichnet, ihre Darstellung steht in keinem Verhältnis zu wissenschaftlichen Tatsachen.
  - a. Studien belegen, dass Myopathien durch Statine während 9 von 10 000 Behandlungsjahren auftreten (Hopewell et al., 2020a). Alle anderen Muskelschmerzen haben keinen objektivierbaren Zusammenhang mit Statinen.
  - b. Die Assoziation von Statin-Einnahme und Muskelschmerzen grundsätzlich mit einem ursächlichen Zusammenhang zu verknüpfen, ist ein Fehlschluss, der das Leben der Patientinnen und Patienten gefährden kann.
  - c. Die Verteufelung der Statine durch SRF durch massiv überzeichnete Nebenwirkungen werden Patientinnen und Patienten in der Schweiz völlig unnötigerweise mit dem kardiovaskulären Tod bezahlen.

- d. Die Verbreitung von Panik bei den Zuschauerinnen und Zuschauer betreffend die Möglichkeit von Muskelschmerzen ist erneut eine Irreführung und Vereinbar mit einer Schreckung der Öffentlichkeit im Sinne SGB Art. 258.
4. Die Wirkung von **Interessensverbindungen** zwischen Fachpersonen, welche Richtlinien erlassen und der Pharmaindustrie, ist eine Behauptung und wird bestritten.
  - a. Die Empfehlungen richten sich nach strikten wissenschaftlichen Vorgaben.
  - b. Die Behauptung ist verleumderisch.
5. Die Inhalte zeugen von einer **unwissenschaftlichen Voreingenommenheit**, die journalistische Sorgfaltspflicht wurde in mehreren Punkten verletzt und die Unabhängigkeit der Berichterstattung mit einseitigen Argumentationsketten wird in Frage gestellt.
  - a. Offenbar hat die Redaktion die Angaben von Prof. Rosemann ohne Prüfung übernommen und damit den Duktus, SRF müsse die Bevölkerung vor der krankmachenden AGLA beschützen, bedient.
  - b. SRF hat es offensichtlich versäumt, solide journalistische Arbeit zu produzieren.

**2. Tabelle zur Statinindikation (rote Felder). Für die grünen und gelben Felder existiert keine Statinindikation, sondern eine Erwägungsempfehlung. (Mach et al., 2020)**

	Total CV risk (SCORE) %	Untreated LDL-C levels					
		<1.4 mmol/L (55 mg/dL)	1.4 to <1.8 mmol/L (55 to <70 mg/dL)	1.8 to <2.6 mmol/L (70 to <100 mg/dL)	2.6 to <3.0 mmol/L (100 to <116 mg/dL)	3.0 to <4.9 mmol/L (116 to <190 mg/dL)	≥4.9 mmol/L (≥190 mg/dL)
Primary prevention	<1, low-risk	Lifestyle advice	Lifestyle advice	Lifestyle advice	Lifestyle advice	Lifestyle intervention, consider adding drug if uncontrolled	Lifestyle intervention and concomitant drug intervention
	Class <sup>a</sup> /Level <sup>b</sup>	I/C	I/C	I/C	I/C	Ila/A	Ila/A
	≥1 to <5, or moderate risk (see Table 4)	Lifestyle advice	Lifestyle advice	Lifestyle advice	Lifestyle intervention, consider adding drug if uncontrolled	Lifestyle intervention, consider adding drug if uncontrolled	Lifestyle intervention and concomitant drug intervention
	Class <sup>a</sup> /Level <sup>b</sup>	I/C	I/C	Ila/A	Ila/A	Ila/A	Ila/A
	≥5 to <10, or high-risk (see Table 4)	Lifestyle advice	Lifestyle advice	Lifestyle intervention, consider adding drug if uncontrolled	Lifestyle intervention and concomitant drug intervention	Lifestyle intervention and concomitant drug intervention	Lifestyle intervention and concomitant drug intervention
	Class <sup>a</sup> /Level <sup>b</sup>	Ila/A	Ila/A	Ila/A	I/A	I/A	I/A
	≥10, or at very-high risk due to a risk condi-	Lifestyle advice	Lifestyle intervention, consider adding drug if	Lifestyle intervention and concomitant drug	Lifestyle intervention and concomitant drug intervention	Lifestyle intervention and concomitant drug	Lifestyle intervention and concomitant drug
	Class <sup>a</sup> /Level <sup>b</sup>	Ila/A	Ila/A	Ila/A	I/A	I/A	I/A

### 3. Gegenüberstellung Sendung - Kritikpunkte:


Ein Bericht von Nicole Westernfelder	Eine Kritik von Michel Romanens
<p>Neue Therapieempfehlungen: es braucht nicht viel und man ist nicht mehr gesund, sondern Patientin oder Patient. Und müsste dann Medikamente, meist ein Statin, einnehmen um einem Herzinfarkt oder Schlaganfall vorzubeugen. Doch Hausärzte und Patienten tun sich mit der Umsetzung dieser Leitlinie häufig schwer.</p>	<p>Hier wird suggeriert, dass eine präventive Behandlung im Vergleich zur Wirkung zu häufig krank mache. Die Häufigkeitsangabe ist eine unzulässige, nicht belegte Zuspitzung. Anstelle einer klaren Fragestellung, welche die Sendung klären möchte, wird schon von Beginn weg suggeriert, was angeblich wahr sei. Dies zeugt von fehlender Objektivität und Voreingenommenheit.</p>
<p>Beispiel Eric Stietzel: sportlich, schlank, kein Diabetes, keine familiäre Belastung, aber Cholesterinwert ist zu hoch. Unter der Behandlung sank der Cholesterinwert, jedoch war der Zielwert nicht erreicht worden, weil es einen neuen Grenzwert gebe. Er müsse jetzt ein noch stärkeres Medikament nehmen. Da habe er gespürt, dass auch der Hausarzt nicht 100% hinter diesen neuen Richtlinien stehen würde und er fragt sich, ob er das Medikament überhaupt nehmen soll für etwas, das eigentlich hypothetisch ist. Zweitmeinung durch Leander Muheim, Medix Zürich. Jetzt muss er als gesunder Mensch täglich ein Medikament nehmen. Das ist ein Preis, den er so zahlt. Dann kommen ev. noch Nebenwirkungen hinzu, auch das ist ein Preis. Also diese Anpassungsleistung. Aber klar, es kommt auch noch das monetäre hinzu: vielleicht hat er einen Selbstbehalt und muss das dann selber bezahlen jedes Jahr. Die Nebenwirkungen von Statinen sind ein hoher Preis.</p>	<p>Hier wird suggeriert, dass ein gesunder sportlicher Mann mit hohem Cholesterin krank gemacht wird, für etwas, was eigentlich hypothetisch sei. Es ist ein offensichtlicher Fehler der Sendung, dass diese Behauptung nicht korrigiert wird. Die Wirkung der Statine in der Prävention ist nicht hypothetisch. Das ist eine unwahre Behauptung. Zudem ist inakzeptabel, dass keine Zahlen präsentiert werden. Damit werden die Aussagen nicht kontrollierbar. Es kann nicht sein, dass SRF unwahre Behauptungen sendet.</p>
<p>Beispiel Rita Kost: Auch sie treffen die tieferen Zielwerte. Sie ist nun in den Bereich leichteres Risiko gerutscht, obwohl sie völlig gesund ist. Die Cholesterinwerte seien ein bisschen erhöht. Ich bin kein Tablettenesser. Entscheid entgegen der neuen Leitlinie.</p>	<p>Eine gesunde Frau um 65 mit niedrigem Risiko und erhöhtem Cholesterin (auch wird die genaue Höhe verschwiegen) hat gemäss AGLA-Rechner nur ein niedriges Herzinfarktrisiko. Dazu gezählt werden müssen vermeidbare Hirnschläge, Bypassoperationen und Stentimplantationen. Das Risiko bei dieser Frau ist nicht niedrig, sondern mindestens intermediär erhöht. Zudem ist inakzeptabel, dass keine Zahlen präsentiert werden. Damit werden die Aussagen nicht kontrollierbar.</p>
<p>Stietzel und Kost sind keine Einzelbeispiele. Rosemann Studie wird zitiert: The Impact of the 2019 European Guideline for Cardiovascular Risk Management: A Cross-Sectional Study in General Practice. Gemäss Studie erreichen 83% der Patientinnen und Patienten den LDL Zielwert nicht, 40%</p>	<p>Risikoverteilung gemäss ESC (SCORE + klinische Variablen) für 2016/2019: niedriges Risiko um 10%, unverändert, hohes oder sehr hohes Risiko um 70% unverändert. Die Risikokategorie wurde durch SCORE 2019 bei 27% verändert und sank bei 20 493 von 28 419 Personen (72% mit Abnahme [!] des Risikos). Im niedrigen Risikobereich blieben die</p>

<p>nehmen ein Statin ohne den Zielwert erreicht zu haben (Fall Stietzel) und 43% müssen eine neue Statinbehandlung beginnen (Fall Koch). [Anm. Varifo: diese Zahlen betreffen nicht die Veränderung gegenüber 2016.]</p>	<p>Zielwerte unverändert und es war keine Anpassung an die Zielwerte notwendig, also das Gegenteil von dem, was SRF mit Stietzel/Koch suggeriert. Im mittleren Risikobereich betraf die mediane Veränderung 2016/2019 0.3 mmol/l, was klinisch nur in geringem Masse relevant ist. Die Zahlenangaben zur Studie sind insofern irreführend als suggeriert wird, die neuen Leitlinien seien hierfür verantwortlich, sie sind es nicht im niedrigen Risikobereich (wie bei Frau Kost) oder in nur sehr geringem Masse (wie bei Herrn Stietzel). Die Einzelbeispiele betreffen also gemäss Puls Personen mit angeblich niedrigem Risiko. In der Rosemann-Studie betraf dies nur 10% der Personen. Die Risikoverteilung in der Bevölkerung ist aber gerade umgekehrt. 80% haben niedriges Risiko, 15% mässig erhöhtes Risiko, 5% hohes Risiko. SRF führt auch hier in die Irre: die Risikoverteilung in der Bevölkerung macht eben gerade neue Zielwerte kaum je notwendig. Eine klare Irrführung von Prof. Rosemann und unkritisch übernommen von Puls.</p>
<p>Lipidsenkung ein grosses Geschäft (216 Mio Fr) im Jahr 2019. Diese Zahl dürfte mit den neuen Zielwerten steigen.</p>	<p>Das Lipidgeschäft ist für Pharma überhaupt nicht mehr von Bedeutung. Atorvastatin 80 mg halbiert (=40 mg) ist für 36 Rp, zu haben, die teuren PCSK-9 Inhibitoren werden aufgrund der Vorgaben des BAG usf. zu 90% nicht eingesetzt, obwohl indiziert, ein klarer Fall von Rationierung.</p>
<p>Für Rosemann ist es aber fraglich, ob Patienten wie Stietzel und Kost von der neuen Leitlinie profitieren. Die Profitfrage ist deshalb kritisch zu betrachten. Wenn sie überhaupt profitieren, dann nur zu einem kleinen Prozentsatz. Kritisch sei die Extrapolation von Daten mit PCSK9 Hemmern auf die Behandlung mit Statinen, wo keine Daten zu sehr tiefem LDL Cholesterin vorliegen würden.</p>	<p>Prof. Rosemann hält sich hier nicht an die Leitlinien und erzeugt nur Verunsicherung statt Klarheit, obwohl er in der eigenen Studie die Unterversorgung mit Statinen beklagt: «Given these multiple barriers in the health care chain, coordinated national strategies may be required to tailor and successfully implement recommended changes in CV risk management». Herr Prof. Rosemann benutzt die eigene Studie einmal um Unterversorgung und dann wieder Überversorgung anzumahnen. Das ist unlauter. Dieses Vorgehen ist äusserst kritisch und nicht vereinbar mit einer Fortführung seiner staatlichen Tätigkeit. Die Extrapolation aus den Daten der PCSK9-Inhibitoren ist zudem bei Personen mit niedrigem Risiko falsch. Das betrifft allenfalls die Frage, ob das LDL von 1.8 auf 1.4 mmol/l gesenkt werden sollte.</p>
<p>Bei einer früheren Sendung: Muskelschmerzen und Beinkrämpfe waren ein häufiges Thema in einem früheren Chat. Einige berichten, die Schmerzen stiegen bisweilen ins unerträgliche. Eines von Ihnen</p>	<p>Statine führen in randomisierten Studien zu 2-5% zu Muskelschmerzen, welche zudem zu 99.9% vollkommen ungefährlich sind und mit mehr Sport abnehmen können. Die observierten Fallzahlen bis 20% sind nicht den Statinen anzulasten, sondern</p>

<p>ist Werner Kunz. Noch heute steht Kunz mit den Statinen auf Kriegsfuss. Als Hochrisiko-Patient nimmt er seit ein paar Jahren die PCSK9 Hemmer. Dann wurde plötzlich ein neuer Zielwert definiert, von wem auch immer und den erreiche er nicht. Nach 4 Tagen mussten die Statine in Kombination mit dem PCSK9 Hemmer wieder abgesetzt werden.</p>	<p>anderen Ursachen oder dem Nocebo-Effekt von Personen, welche sich (unter anderem durch eine Panik verbreitende Berichterstattung) die Nebenwirkungen herbeisuggerieren. Das Fallbeispiel ist ein extrem seltenes Problem, das in der Sendung massiv aufgebauscht wird. Statin-induzierte Myopathie beträgt 9 von 10 000 Behandlungsjahren unter Simvastatin-Therapie (Hopewell et al., 2020b)</p>
<p>Viele der Leitlinien Autoren stehen im Interessenskonflikt mit den Firmen, die Cholesterinsenker herstellen. Thomas Lempert habe als Experte ein grosses Problem mit Interessenskonflikten entdeckt. Rosemann versteht darum, dass Ärzte die neue Leitlinie mit Bedacht angehen. Es ist mit Sicherheit die umstrittenste Leitlinie, die er je erlebt habe. Und das hat vielerlei Gründe. Zum einen hat man Grenzwerte definiert, welche viele Personen ab 40 zu Patienten machen. Dann wird die Datengrundlage für diese Patienten mit niedrigem Risiko kritisch diskutiert. Dann gibt es Hinweise auf die Einflüsse der Pharmaindustrie auf die Leitlinien-Kommission, also genau die Gruppe, die die Leitlinie erstellt hat. Und das als Gesamtbild macht vielen ein bisschen Bauchweh, gerade den Hausärzten.</p>	<p>Hier wird eine ganze Berufsgattung wegen eines angeblich die Leitlinien verfälschenden Interessenskonflikts verunglimpft. Diese Argumentation ist geeignet, Personen bei der Statineinnahme entgegen vorliegender Evidenz zu verunsichern. Pharma und Forschung sind aufeinander angewiesen, die enormen Fortschritte der Medizin wären ohne diese «Interessenskonflikte» gar nicht möglich. Eine puritanische Forderung von Lempert und Prof. Rosemann. Die Aussagen von Prof. Rosemann verletzen die Würde seines Berufsstandes und müssen durch die FMH / Behörden sanktioniert werden.</p>
<p>Die neuen Leitlinien haben über Nacht einen grossen Teil der Bevölkerung zu Patienten gemacht, stellt Daniela Lager fest. Ist das wirklich nötig, fragt sie den kommenden AGLA Präsidenten, Prof. Augusto Gallino. Soll bei Personen mit leicht erhöhtem Cholesterin und keine weiteren Risiken dieses niedrige Risiko noch weiter gesenkt werden? Gallino moniert, dass keine Cholesterinwerte in den Beispielen genannt wurden. Er ist glücklich darüber, dass mit den Statinen das Risiko pro 1 mmol/l LDL Senkung um 20% gesenkt werden kann. Beweise dazu liegen vor. Gemäss Lager besteht aber eine Kosten-Nutzen Frage. Das bezahlen diese Patientinnen und Patienten mit dem Selbstbehalt. Dann reicht das Geld nicht mehr, um etwas mit grösserem Nutzen zu finanzieren. Gallino versucht die Bedeutung der Risikoreduktion zu vertiefen, Daniela Lager findet dann, man entferne sich vom Thema. Sie meint, Gallino könnte ev. weniger Probleme haben, wenn die Leitlinien-Kommission kein</p>	<p>Diese Feststellung ist falsch. Sie gilt nur für Patientinnen und Patienten mit sehr hohem Risiko, bei denen das LDL von 1.8 auf 1.4 mmol/l gesenkt werden sollte, und dies betrifft einen marginalen Teil der Bevölkerung. Bei Personen mit niedrigem Risiko bleibt der LDL Zielwert bei 5.0 mmol/l, bei intermediärem Risiko (ca 15% der Bevölkerung) wurde der Zielwert von 3.0 auf 2.6 mmol/l gesenkt. Zudem thematisiert Frau Lager nicht, dass rund 15% der Patientinnen und Patienten im niedrigen Risikobereich tatsächlich ein mässig erhöhtes oder gar hohes Risiko haben. So ist ein AGLA-Risiko von 9% für Herzinfarkt tatsächlich ein Risiko von 12%-18% für kardiovaskuläre vermeidbare Ereignisse (dies wurde auch durch den HTA Bericht des BAG zu den Statinen, welcher aktuell in der Vernehmlassung bei Stakeholdern ist, zu denen wir auch gehören, festgestellt). Atorvastatin senkt das relative Risiko zu 50% für 36 Rp. pro Tag. Die Ereigniskosten über 10 Jahre geschätzt (medizinische und soziale) betragen 200 000 Fr. Die medikamentösen Präventionskosten betragen bei 1 000 Personen pro vermiedenem Ereignis 13 440 Fr. und sind also 15x billiger als ohne</p>

<p>Glaubwürdigkeitsproblem hätte. Gemäss Gallino haben über die Hälfte der Autoren Verbindung zur Pharma. Die AGLA kann Korrekturen anbringen. Gallino meint, Frau Lager habe etwas überspitzt formuliert. Die Interessenskonflikte kann man kaum aus der Welt schaffen, denn die Pharmaindustrie ist ein ausschlaggebender Partner für Experten in der Pharmaindustrie. Ohne die Pharmaindustrie hätte man die vielen Medikamente nicht entwickeln können. Lager: Aber die Pharmaindustrie wird von der neuen Leitlinie profitieren. Wird die AGLA diese Leitlinien übernehmen? Gallino: einen Wert für rund 50% der Bevölkerung zu senken, da haben wir Bedenken. Gallino versucht, die genetische Grundlage zu thematisieren, welche die neuen Richtlinien unterstützen. Er wird dann daran gehindert, dazu ein Beispiel zu geben, wegen Zeitmangel. Trotzdem sei dies wichtig, auch bei gesunden Personen. Wir können die schützenden Gene. Wenn tausende Personen ihr Genom bestimmen könnten, könnten sie einen tiefen Cholesterinwert bestimmen. Und damit werden Risiken reduziert. Lager: Ich muss Sie leider unterbrechen, aber vielen Dank für Ihren Besuch.</p>	<p>Statine. So besehen sind Statine äusserst kostenwirksam und sollten deshalb nicht verteufelt, sondern angepriesen werden. Die Sendung schreckt Patientinnen und Patienten von der Einnahme von Statinen ab, ohne dass hierfür eine wissenschaftliche Grundlage existiert. Die Schreckung der Öffentlichkeit durch SRF ist ein Straftatbestand gemäss Art 258 SGB mit Freiheitsstrafe bis zu 3 Jahren. Je nach Beantwortung dieses Textes durch SRF müssen allenfalls rechtliche Schritte gegen SRF erwogen werden. Zudem verletzt Frau Lager ihre journalistische Sorgfaltspflicht, indem sie einfache Tatsachen verschweigt oder diese nicht genügend recherchiert hat, insbesondere die Frage der Kosten (siehe Tabelle). Es kann nicht sein, dass Daniela Lager die Kostenfrage thematisiert ohne die Kosteneffektivität zu berücksichtigen.</p>

#### 4. Berechnung der Kosteneffektivität (CE) von Statinen



## Kosten- Effektivität Statine

**Statine sparen 2 bis 15-mal die Kosten eines durch Statine vermeidbaren kardiovaskulären Ereignisses ein.**

**Unsere Gesellschaft soll sich die teuren Versorgungskosten von Herz- und Hirnschlägen nicht mehr leisten!**

Wähle AGLA Risiko (%)	9.0	
Statin CE	Base case	Sensitivity analysis
cost per day	0.36	1.00
RRR	0.50	0.22
patients	1000	1000
risk baseline	18	18
treatment days	3360	3360
ARR	9.0	4.0
NNT	11.1	25.3
treat cost	1209600	3360000
events	180	180
avoided events	90	39.6
cost per avoided event	13440	84848
event medical cost	100000	100000
event social cost	100000	100000
cost event	200000	200000
cost : benefit	14.9	2.4

Link zur Kalkulationstabelle als xlsx: <https://ncloud.docfind.ch/index.php/s/NjZNNcFw3TB3DNY>

Wenn Journalistinnen und Journalisten sich öffentlich zu Kosteneffekten von Statinen äussern, sollten sie die Grundlagen hierfür verstanden und kritisch betrachtet haben. Offensichtlich haben Journalistinnen und Journalisten bei SRF hier zu Kosteneffekten ungenügend reflektiert, dankbar vom Swiss Medical Board übernommen, mit fatalen, tödlichen, Folgen für die Patientinnen und Patienten und die Schweizer Bevölkerung.

Deswegen hier ein Crash-Kurs in Gesundheitsökonomie für die Journalistinnen und Journalisten von SRF.

Statine mit mittlerer oder hoher Dosierung können heute zu Kosten von 36 Rappen pro Tag erworben werden. Schon alleine dieser sehr niedrige Preis sollte Journalistinnen und Journalisten von SRF hellhörig machen. Wie kann es sein, dass ein derart niedriger Preis keine günstigen Kosteneffekte aufweisen soll, bei einem Medikament, das offensichtlich gegen Herz- und Hirnschlag wirksam ist.

In der Sensitivitätsanalyse werden besonders ungünstige Modelle berechnet, also Lipdisenkungskosten von 1 Fr. statt 36 Rappen, relative Risikoreduktion nur 22% statt 50%, und dies bei niedrigem Risiko von 9% gemäss AGLA. Je nach Modell resultieren Kosteneffekte zwischen 2 bis 15. Dies bedeutet, es ist 2- bis 15-mal billiger ein Statin zu geben, als das Ereignis ohne Prävention geschehen zu lassen. Vorbeugen ist besser als heilen ist hier vollständig bestätigt. In diesem Modell kann ein AGLA Risiko von nur 4% behandelt werden, und die Kosteneffekte sind immer noch günstig.

Auch die Berechnungen betreffend Kosten pro QALY mit dem Modell des Swiss Medical Boards gerechnet (multiplikative QALY) ergeben ein günstiges Bild für Statine bei niedrigem AGLA Risiko. Die Berechnungen hierfür sind vollumfänglich im oben erwähnten Link dargelegt. Wir haben dazu auch zwei Publikationen vorzuweisen (Romanens, Sudano, et al., 2019; Romanens et al., 2015)



## Literaturangaben zu Kosteneffekten von Statinen.

- Adams, A., Bojara, W., & Romanens, M. (2020). The Determination of the Plaque Burden on the Carotid Artery With Ultrasound Significantly Improves the Risk Prediction in Middle-Aged Subjects Compared to PROCAM : An Outcome Study. *Cardiol Res.*, *11*(4), 233–238. Retrieved from <https://cardiologyres.org/index.php/Cardiologyres/article/view/1067/1095>
- Hopewell, J. C., Offer, A., Haynes, R., Bowman, L., Li, J., Chen, F., ... Parish, S. (2020a). Independent risk factors for simvastatin-related myopathy and relevance to different types of muscle symptom. *European Heart Journal*. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa574>
- Hopewell, J. C., Offer, A., Haynes, R., Bowman, L., Li, J., Chen, F., ... Parish, S. (2020b). Independent risk factors for simvastatin-related myopathy and relevance to different types of muscle symptom. *European Heart Journal*, *41*(35), 3336–3342. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa574>
- Mach, F., Baigent, C., Catapano, A. L., Koskinas, K. C., Casula, M., Badimon, L., ... Patel, R. S. (2020). 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. *European Heart Journal*, *41*(1), 111–188. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz455>
- Romanens, M., Mortensen, M. B., Sudano, I., Szucs, T., & Adams, A. (2017). Extensive carotid atherosclerosis and the diagnostic accuracy of coronary risk calculators. *Preventive Medicine Reports*, *6*, 182–186.
- Romanens, M., Sudano, I., Adams, A., & Warmuth, W. (2019). Advanced carotid atherosclerosis in middle-aged subjects: comparison with PROCAM and SCORE risk categories, the potential for reclassification and cost-efficiency of carotid ultrasound in the setting of primary care. *Swiss Medical Weekly*, *149*(2930).
- Romanens, M., Sudano, I., Szucs, T., & Adams, A. (2015). Medical Costs per QALY of Statins Using the Swiss Medical Board (SMB) assumptions: Observed Effects in Two Large Primary Prevention Cohorts from Germany and Switzerland.
- Romanens, M., Szucs, T., Sudano, I., & Adams, A. (2019). Agreement of PROCAM and SCORE to assess cardiovascular risk in two different low risk European populations. *Preventive Medicine Reports*, *13*, 113–117. <https://doi.org/10.1016/J.PMEDR.2018.11.019>

## 5. Transkript des Expertenchats (Quelle: SRF Website):

«Kann die Ernährung etwas gegen zu hohes Cholesterin bewirken?»

Dr. Iris Hähnel, Prof. Stefan Neuner-Jehle und Dr. Alexandra Röllin Odermatt haben Ihre Fragen zu Cholesterin beantwortet.

Aktualisiert am Montag, 05.10.2020, 23:47 Uhr

### Fachpersonen im «Puls»-Chat

Dr. Iris Hähnel

Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie und Angiologie

Universität Zürich, Institut für Hausarztmedizin, [Link öffnet in einem neuen Fenster](#)

Prof. Stefan Neuner-Jehle

Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Präventivmediziner

Universität Zürich, Institut für Hausarztmedizin, [Link öffnet in einem neuen Fenster](#)

Dr. Alexandra Röllin Odermatt

Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin

Gemeinschaftspraxis Brunnmatt, [Link öffnet in einem neuen Fenster](#)

### Chatprotokoll

**Ich nehme seit März Atorvastatin. Ist es möglich, dass meine Rückenschmerzen, die ich seit 3 Wochen habe von diesem Medikament kommen? Also „verspätete“ Nebenwirkungen? Danke für Ihre Antwort.**

Iris Hähnel: Die Lokalisation am Rücken wäre eher ungewöhnlich, da meistens die grossen Muskelgruppen der Arme und Beine betroffen sind. Ganz ausschliessen lässt sich das aber nicht. Am besten sprechen Sie mit Ihrem Hausarzt/Hausärztin, ob vielleicht eine Pause des Medikaments möglich ist, dann beobachten, ob die Beschwerden weggehen und ggf. bei Wiederbeginn erneut auftreten

**Ich habe ein Gesamtcholesterin von 7.63 mmol/l, HDL 1.53 mmol, LDL 4.07mmol, Triglyceride 4.46 mmol. Der AGLA Score ist 3.5%. Sollte ich wegen dem hohen Gesamtcholesterin Statine nehmen? Freundliche Grüsse**

Stefan Neuner-Jehle: Mit diesem AGLA-Score gelten Sie als Niedrigrisiko-Patientin - mit den bisherigen Leitlinien der Europäischen Kardiologen von 2016 wären "nur" Lebensstil-Massnahmen indiziert, in den neuen Leitlinien von 2019 ist in dieser Situation ein Ziel-LDL von 3 mmol/l anzustreben. Streng genommen ist Ihr LDL-Wert (auf den kommt es mehr an als auf den Gesamtwert) also etwa 20-30% über dem Zielwert. In der Primärprävention (wenn Sie keine anderen Herz-Kreislaufkrankungen oder Diabetes haben) wäre ein Statin also sinnvoll (ausser Sie wären

schon älter als 75), allerdings ist der Nutzen verhältnismässig klein. Diskutieren Sie am besten das Verhältnis von Nutzen und Risiken mit Ihrem Hausarzt/Hausärztin. Alles Gute!

**Guten Abend, bei einer Blutuntersuchung hat mein Arzt festgestellt, dass mein Gesamtcholesterin mit einem Wert von 8.86 viel zu hoch ist. Ich bin (weiblich) erst 45 Jahre alt, 160 gross und aktuell ca. 65 kg schwer. Mein Homöopath meinte, ich hätte aber ein gutes Verhältnis zwischen schlechtem/gutem Chol. (HDL 2.36, Triglyceride 1.03, Chol-/HDL-Quot 3.75, LDL/Chol-HDL 6.04) er würde abwarten. Nichtraucherin, keine Pille, habe ausser B12/Eisenmangel den ich behandle, nichts. Was raten Sie mir?**

**Iris Hänel: Gibt es eine familiäre Vorbelastung, also bei erstgradigen Verwandten (Männer < 55J, Frauen < 60J) Herzinfarkte oder Schlaganfälle? Sind Sie zuckerkrank? Ist Ihr Blutdruck normal? (<140/90, besser <130/85mmHg). Wenn nein Punkt 1 und 2, und ja Punkt 3, sind Sie bei dem erhöhten Cholesterin derzeit nicht in einer erhöhten Risikogruppe. Sicherheitshalber könnte bei Gelegenheit ein Ultraschall von den Halsschlagadern gemacht werden, um zu sehen, ob Sie eine Ablagerungstendenz haben... Spätestens dann in 5 Jahren nochmals checken lassen.**

Ist Methotrexat das Medikament gegen Cholesterin so gut

Stefan Neuner-Jehle: Methotrexat ist ein Medikament, das in der Krebstherapie oder bei chronischen Entzündungskrankheiten eingesetzt wird, aber meines Wissens NICHT gegen erhöhte Cholesterinwerte. Welche Medikamente, oder auch welche Massnahmen wie Bewegung und Ernährung helfen können, kann Ihnen Ihr Hausarzt erklären. Der erste Schritt ist, zu prüfen, ob überhaupt ein guter Grund (Nutzen) für eine Behandlung besteht.

Nach einer Bypassoperation muss ich auch schon seit Jahren kolesterin-senkende Medikamente nehmen. Ich habe gehört, dass mit diesen Medikamenten kein Muskelaufbau mehr erfolgen kann. Ist das wirklich so?

Iris Hänel: Nein, das stimmt nicht. Lassen Sie sich ggf. in einem guten Fitnessstudio/bei einem Physiotherapeuten beraten, wie Sie regelmässiges Muskeltraining am gesündesten in Ihre Aktivitäten einplanen - denn als Herzpatient profitieren Sie sowohl vom Ausdauer- als auch Krafttraining (Intensität moderat!)

Ich bin 69jg, weiblich und nehme seit ca. 3 Jahren 40mg Fluvastatin 1x täglich . Mein Blutdruck ist mit Atacand 8 mg gut eingestellt. Ich habe keine Vorerkrankungen. Meine Laborwerte von 2018: Cholesterin 5,9 mmol/l (227,7 mg/dl); HDL 1,5 mmol/l (132,8 mg/dl) LDL 3,7mmol/l (327,7mg/dl). Ich weiss dass diese Werte z.T. grenzwertig sind, bezweifle aber, dass ich deswegen Statine benötige. Ich hätte gerne Ihre Meinung dazu gewusst.

Alexandra Röllin Odermatt: Wenn Sie seit 3 Jahren Fluvastatin einnehmen und die von Ihnen aufgeführten Werte von 2018 sind, dann wurde diese Messung wohl bereits unter Einnahme eines Statines gemacht und die Werte waren wohl vor Beginn mit Fluvastatin noch höher. Somit ist es gut möglich, dass Ihre Werte vor Beginn mit Fluvastatin in einem Bereich gelegen haben, wo man Ihnen eine Behandlung empfehlen würde. Zudem sind neben Vorerkrankungen auch weitere Faktoren für die Risikoabschätzung wichtig, z.B. Nikotinkonsum, familiäre Vorgeschichte mit Herz-Kreislaufkrankungen u.v.m. Aus diesen Gründen ist es sehr schwierig, Sie in diesem Rahmen gut zu beraten. Besprechen Sie die Situation nochmals mit Ihrem Hausarzt, der den genauen Verlauf ihrer Blutwerte und ihre ganze Vorgeschichte kennt.

mein Hausarzt hat mir gezeigt, dass der Wert hoch ist resp. knapp darüber, aber wenn man diesen auseinander nimmt, ist der schlechte Wert nicht so hoch und der gute Wert aber sehr hoch. Also ist es ausgewogen. Bei mir wird dies vom Körper selbst produziert und es kommt nur ganz wenig vom essen. Deshalb muss ich nichts einnehmen deswegen. Das ist zur Info für Alle hier.....

Stefan Neuner-Jehle: Danke für die Information - grundsätzlich stimmt das schon: es kommt nicht nur aufs Gesamtcholesterin an, sondern auf das Verhältnis zwischen "guten" (HDL) und "schlechten" (LDL) Cholesterinen, das heisst solchen, die die Gefässe eher schützen oder eben belasten. Der Grossteil der Cholesterine im Körper wird in der Leber verstoffwechselt, und das ist stark genetisch gesteuert. Die Ernährung hat aber schon einen Einfluss. Am besten besprechen Sie mit der Hausärztin/dem Hausarzt, ob sich eine lipidsenkende Behandlung wirklich lohnt für Sie.

Guten abend ich habe 5,44 Colesterin das ist ja gut.Ich möchte wissen ab wann muss man Tablette nehmen und wie kann man noch mit der Ernährung etwas bewirken?

Iris Hänel: Beim Cholesterin kommt es sehr auf das Verhältnis aus "gutem" (=HDL) und "schlechtem" (=LDL) Cholesterin an. Diese Werte sollte der/die Hausärztin mitbestimmen. Darüberhinaus ist das weitere Risikoprofil entscheidend: Alter, Rauchen, Blutdruck, Zucker, die familiäre Vorbelastung, also Herzinfarkte oder Schlaganfälle bei den Eltern oder Grosseltern. In der Zusammenschau aller Risikofaktoren kann man bei [www.agla.ch](http://www.agla.ch) einen Risikoscore, also das persönliche zukünftige Risiko für eine Herz-Kreislaufkrankung berechnen - am besten zusammen mit dem Hausarzt, der Sie dann beraten kann, ob und ab wann eine Behandlung nötig bzw. sinnvoll sein könnte. Die Ernährung kann den Cholesterinspiegel dabei auch beeinflussen, manchmal erreicht man aber leider nur wenig.

Ich hatte vor 2 Wochen eine grosse Blutuntersuchung und der Cholesterinwert ist knapp über dem neuen Wert. Meine Ärztin entliess mich ohne Medis und vereinbarte einen Kontrolltermin im Januar 21. Was kann ich bis dann auf natürliche Weise tun zur Reduktion (1.63 cm gross, 85 kg schwer, 73 Jahre alt). Besten Dank.

Alexandra Röllin Odermatt: Mit den angegebenen Körpergrösse und -gewicht sind sie eindeutig zu schwer und die beste Massnahme wäre es, wenn Sie Ihr Körpergewicht etwas reduzieren könnten,

schon eine Verminderung um wenige Kilogramm kann das Cholesterin günstig beeinflussen. Daneben ist hilfreich, den Konsum von Fetten tierischer Herkunft (fettes Fleisch, Milchprodukte und Eier) zu vermindern, sowie sich regelmässig zu bewegen. Wenn die Werte im Moment nur knapp über dem empfohlenen Grenzwert sind, haben sie mit diesen Massnahmen eine gute Chance, dass Sie auch weiterhin keine Medikamente benötigen werden.

Ist es wirklich erwiesen, dass Cholesterintabletten überhaupt sicher was nützen? Ich habe schon seit Jahren zu hohe Werte (erblich) und nahm jahrelang Tabletten. Nun nehme ich seit etwa zwei Jahren keine mehr. Bin 65, weiblich.

Stefan Neuner-Jehle: Ja, für ausgewählte Patientinnen und Patienten ist die Wirkung der (medikamentösen) Cholesterinsenkung im Sinne von verhinderten Herz-Kreislauf-Ereignissen (Hirnschlag, Herzinfarkt etc.) erwiesen. Am höchsten ist der Nutzen bei Diabetikern und Patient\*innen mit schon bestehender Herz-Kreislauf-Erkrankung. Falls Sie nicht zu diesen gehören, könnte der Nutzen (auf den Sie ja jetzt verzichten) auch nur sehr klein sein. In einer solchen Situation (sogenannte Primärprävention) ist übrigens ab 70 Altersjahren keine sichere Wirkung mehr nachweisbar. Im Zweifelsfall: Mit der Hausärztin/dem Hausarzt besprechen!

Ich habe mit dem pflanzlichen Statin rote Reishefe mein total Cholesterin von 9.05 auf 6.44 senken können. Ist dieses pflanzliche Medikament gleichwertig und wenn ja, warum ist es nicht anerkannt?

Iris Hähnel: Der Rote Reis ist mit einem Pilz fermentierter Reis, der bei der Fermentation Monakolin K bildet, das chemisch identisch zum Statin Lovastatin ist. Die gute Wirkung auf Ihren Cholesterinspiegel ist daher nicht verwunderlich, allerdings kann das Präparat vergleichbare Nebenwirkungen haben wie die chemischen "Abkömmlinge", die Sie als Medikament aus der Apotheke erhalten. Und der Rote Reis ist ergänzend durchaus anerkannt, er findet sich sogar in den aktuellen Behandlungsleitlinien.

Ich bewege mich mit dem Cholesterin schwankend total zwischen 6,9 und 7,1 bei einem HDL 1,7 und 1,8. Vertrage wegen Muskelleiden keine Statine. Ich bin bei einem Ernährungsberater. Bin nicht übergewichtig. Was kann ich ansonsten um eine Absenkung noch tun? Danke

Stefan Neuner-Jehle: Ich gehe mal davon aus, dass Sie KEINE Herz-Kreislauf-Erkrankung oder Diabetes haben. Ihr Alter und andere Variablen (Blutdruck, Rauchen, Familiengeschichte) definieren Ihr Risiko, und davon hängt es letztlich ab, wie gross der Nutzen einer Senkung sein wird. Am besten berechnen Sie mit dem sog. AGLA-Score zusammen mit Ihrer Hausärztin/Ihrem Hausarzt das Ausgangsrisiko, und dann den erwartbaren Nutzen einer medikamentösen Senkung, um zu entscheiden, ob es sich für Sie überhaupt lohnt. Bezüglich Medikamenten gibt es für Patienten, die Statine nicht vertragen, auch Alternativen (Aufnahmehemmer im Darm, Spritzen etc.). Die Optimierung der Ernährung ist sicher wichtig - meistens bringt man aber nicht mehr als 5-15% Senkung damit hin.

Grüezi Mitenand, ich habe einen HDL von 1.2 (normal) und LDL von 4.6 (zu hoch). Meine Hausärztin sagt dass der LDL Wert vielfach genetisch bedingt ist und man diesen meist nur mit Medikamenten in den Griff kriegt. Meine Ernährungsberaterin, welche ich in Kürze besuche, sagte aber bereits am Telefon, dass man den LDL Wert sehr wohl auch ohne Medikamente in den Griff kriegen kann. Wie sehen Sie das als Expertinnen und Experten? Was sind die Möglichkeiten? Freundliche Grüsse

Alexandra Rölli Odermatt: Ob sie den LDL nur mit Anpassungen der Ernährung und anderen nicht-medikamentösen Massnahmen in den Griff kriegen können, hängt sehr stark davon ab, wie Ihre Ausgangslage genau aussieht. Sind Sie sehr schlank, essen bereits wenig tierische Fette und viele Ballaststoffe und bewegen sich regelmässig, so hat Ihre Hausärztin wahrscheinlich recht. Denn dann gäbe es nur noch wenig zu optimieren und Ihr LDL-Wert ist wohl wirklich hauptsächlich aus genetischen Gründen zu hoch. Wenn Ihr Lebensstil allerdings noch nicht ganz so optimal ist, dann besteht eine gute Chance, dass Sie mit Anpassungen desselbigen etwas erreichen können und Ihre Ernährungsberaterin recht hat. Die Blutfett-Werte werden immer durch Lebensstil und Verhalten beeinflusst, welcher der beiden Faktoren dabei der wichtigere ist, ist von Mensch zu Mensch unterschiedlich.

Ich bin seit 51 Jahren Diabetikerin. Seit 15 Jahren nehme ich Medi ein gegen zu hohe Cholesterinwerte. Alle nicht vertragen. Seit 3 Monaten spritze ich das neuste Medi, Nebenwirkung: starken Durchfall! Mein Kardiologe meint, keine Medi mehr, falls nötig, ein Stand setzen. Was meinen sie?

Iris Hänel: Es gibt noch ein zweites Präparat zum Spritzen - vielleicht vertragen Sie das besser. Ich hatte ebenfalls eine Patientin, die erst nach Medikamentenwechsel gut zurechtkam (die Verträglichkeiten sind oft ganz verschieden). Ich nehme an, Ihr Kardiologe meinte einen "Stent", der bei Durchblutungsstörungen der Herzkranzgefässe eingesetzt wird. Das ist aber keine direkte Alternative, sondern nur erforderlich, wenn Sie eine Koronare Herzerkrankung mit einer entsprechenden Herzmuskeldurchblutungsstörung haben. Sprechen Sie ihn nochmals direkt darauf an.

Ich habe einige Bekannte, welche roten Hefereis gegen Cholesterin verwenden und guten Erfolg haben und erst noch ohne Nebenwirkungen. Ist in der EU rezeptfrei erhältlich. In der Schweiz mit fadenscheinigen Begründungen verboten. Warum?

Stefan Neuner-Jehle: Wie andere Ernährungsmassnahmen kann der "rote Reis" Cholesterinwerte senken, allerdings in eher bescheidenem Masse von ca. 5-10%. Der Mechanismus ist schon untersucht, es geht um eine Enzymblockade. Zur Zulassung kann ich mich nicht äussern. Ich denke, man muss sich trotz Erfolgsmeldungen etwas hüten vor einer allgemeinen Empfehlung dafür - wie bei Medikamenten weiss man über allfällige Nebenwirkungen (bei hochdosiertem Konsum) erst Bescheid, wenn man sie in wissenschaftlichen Studien mit genügend vielen Probanden untersucht hat.

Ich hatte 2010 mit 56ig einen TIAS. Mein Grossvater, Vater und meine Mutter hatten auch Schlaganfälle. Ich erhielt Aspirin Cardio 100 und Atorvastatin. Zuerst nahm ich 40mg dann 60mg und seit 3Monaten 80mg, da der Wert 2.7 war. Die letzten Cholesterin Werte wurden vor einer Woche getestet. Immer noch 2.4 trotz der erhöhten Dosis von Atorvastatin. Meine Ärztin empfahl mir auf Atozet 10mg/80mg zu wechseln. Sie hätte den Wert am liebsten bei 1.0. Ist das so? Ist 2.4 zu hoch?

Iris Hähnel: Azotet ist eine gute Idee, das der zweite Wirkstoff in dem Präparat den Effekt von Atorvastatin gut verstärkt. In Ihrem Fall ist 2.4 sicher noch nicht gut genug, aber die Kombination im Azotet sollte nochmals deutlich etwas bringen.

Was bedeutet eine Hypercholesterinämie bei einem LDL-Cholesterin von 4.8mmol/L. Ist das ein guter Wert?

Stefan Neuner-Jehle: Nein, weil LDL dem "bösen" Cholesterinanteil entspricht, der die Gefässe belastet, ist dieser Wert deutlich über dem Normal- oder Zielwert (etwa 30-50% zu hoch). Es kommt aber nicht nur auf einen einzelnen Wert an. Falls Sie durch andere Herzkreislauftrisiken belastet sind wie hohem Blutdruck, Diabetes, Rauchen oder familiär-genetische Belastung, wäre eine Behandlung indiziert. Sprechen Sie mit Ihrer Hausärztin, Ihrem Hausarzt darüber.

Nach einer routine Untersuchung wurde mir aufgrund hohen Cholesterin Werten, Statine empfohlen. Nun, ich M50 langdistanz Triathlet befürchte sportliche Einbussen bei Annahme von Statinen. Können sie dies bestätigen? Gibt es Alternativen zu Statinen?

Alexandra Rölli Odermatt: Es ist nicht so, dass bei einer Einnahme von Statinen auf jeden Fall mit sportlichen Einbussen zu rechnen ist. Ob Sie zu den Menschen gehören, die mit Muskelproblemen als Nebenwirkung auf Statine reagieren, kann nicht vorausgesagt werden. Es gibt nur einen Weg dies herauszufinden, und zwar es auszuprobieren. Teilweise lohnt es sich auch, auf ein anderes Statin zu wechseln, wenn ein spezifisches Produkt nicht vertragen wird. Und sollten sie wirklich mehrere Statine nicht vertragen, so gibt es weitere medikamentöse Möglichkeiten. Als Triathlet sind Ihre Möglichkeiten einer nicht-medikamentösen Behandlung wohl weitgehend ausgeschöpft, da Sie sich mit grosser Wahrscheinlichkeit bereits sinnvoll ernähren.

Mein Non-HDL ist 4.7 und LDL ist 4.2 ist das gut und brauche ich kein Medikamente

Iris Hähnel: Wichtig ist die Zusammenschau mit allen Risikofaktoren: Alter, Rauchen, Blutdruck, familiäre Vorbelastung, Zucker etc. Hierzu gibt es einen Risikorechner, der bei Ihrem Hausarzt/Ihrer Hausärztin zur Abschätzung Ihres persönlichen Risikos für eine Herz-Kreislaufkrankung herangezogen werden kann und dann man entscheiden, ob Ihr Cholesterin gut genug ist bzw. welche Massnahmen zur Risikosenkung für Sie sinnvoll sind.

ich habe 3Jahre Medi gegen zu hohes Cholesterin genommen seit Okt.2019Ezetimibe im März 2020 wurde ich am Rücken operiert Lendenwirbel ich meine Schmerzen in den Beinen wurden immer stärker dann setzte ich das Medikament ab, seitdem bessern die Muskelschmerzen wie lange halten die Schmerzen noch an ?

Iris Hähnel: Falls es sich um Medikamenten-bedingte Muskelschmerzen handelt, sollten diese nach spätestens 2 - 4 Wochen nach Medikamentestopp verschwunden sein. Falls dies bereits länger her sein sollte, empfehle ich, dass Ihr Hausarzt/Ihre Hausärztin andere Ursachen abklärt.

Ich bin HIV plus,in Behandlung,werte alles ok.Nierenwerte ca 115...Cholesterin 2.9.mein Arzt empfiehlt mir wegen den Nieren Cholesterinsenker zu nehmen.ist das sinnvoll?Danke

Stefan Neuner-Jehle: Ich gehe mal davon aus, dass Sie mit 2.9 den LDL-Wert (den ungünstigen Cholesterinanteil) meinen. Das ist per se kein schlechter Wert, aber ich verstehe Ihren Arzt, der wegen Ihrer leichtgradigen Nierenschwäche (ich postuliere diese aufgrund des von Ihnen genannten Nierenwertes, ich nehme an, dies ist der Creatininwert) einen noch tieferen LDL-Wert anzielt (und damit Ihr Gefäßrisiko für die Nieren verringern möchte). Allerdings ist bei den üblichen Cholesterinsenkern, sprich Statinen, Vorsicht angebracht: Sie vertragen sich mit gewissen HIV-Medikamenten nicht, konkret den sog. Protease-Hemmern. Somit zur Antwort: Ja, es tönt sinnvoll, aber für die Wahl des bestverträglichen Mittels würde ich den Rat eines Spezialisten (Lipidsprechstunde Zentrumsspital) einholen lassen.

Guten Abend. Ich bin 35 Jahre alt mit - vererbten - extrem hohen Cholesterin Werten. Ich bin extrem sportlich und esse gesund. Der Hausarzt hat mich zuerst auf 10mg, dann auf 20mg, und nun auf 30mg Rovastatin gesetzt. Jetzt bin ich verunsichert bis ans Lebensende 'Chemisches' einzunehmen. Wie effizient sind Alternativen a la spagyrische Essenzen von Artischocken, Wermut, Mariendistel oder Loewenzahn und Birke?

Alexandra Röllin Odermatt: Sie schreiben zwar nicht, wie hoch genau ihre "vererbten, extrem hohen" Cholesterinwerte sind, doch so wie Sie die Situation beschreiben, muss wohl von einer sogenannten "familiären Hypercholesterinämie" ausgegangen werden. In diesen speziellen Fällen ist das Herzkreislaufisiko erheblich erhöht und die hohen Cholesterinwerte sind weitgehend genetisch bedingt. Aus diesen Gründen können Ernährungsanpassungen oder alternativmedizinische/pflanzliche Heilmittel das Herzkreislaufisiko in dieser Situation leider kaum in relevantem Mass beeinflussen!

Was halten Sie von dem natürlichen Statin " roter Reis". Wenn der Grenzwert fällt, empfehlenswert?

Iris Hähnel: Roter Reis ist mit einem Pilz fermentierter Reis, bei dem sich im Fermentierungsprozess Monakolin K bildet, das chemisch identisch ist zum Statin Lovastatin. Eine Senkung des Cholesterinspiegels ist daher nicht verwunderlich. Bei solchen pflanzlichen Präparaten ist allerdings



immer zu berücksichtigen, dass darin die Wirkstoff-Menge variabel sein kann, da dieser im Gegensatz zu einem Medikament nicht exakt bestimmt ist.

+++ Ich habe eine Feststellung, keine Frage. Meine Mutter (damals ca 60) nahm einige Jahre Medikamente, verzichtete auf Süßes und Wurstwaren. Der Cholesterinspiegel stieg trotzdem. Entnervt gab sie auf, setzte die Medis ab, ass was sie wollte und kümmerte sich nicht mehr ums Cholesterin. Sie wurde 99 Jahre alt ohne gesundheitliche Probleme! +++

Ich habe eine Stenose in der Baucharterie und nehme Blutverdünner und dazu Atorva Pfizer 40 mg. Ist dieses Statin notwendig?

Stefan Neuner-Jehle: Ich gehe davon aus, dass die Stenose nicht etwa angeboren ist, sondern sich im Laufe des Lebens durch Ablagerungen/Verkalkungen gebildet hat. Damit sind Sie eine "Gefässpatientin", wo strenge Lipid-Zielwerte gelten, damit Sie Ihr Gefässrisiko senken können. Solche Zielwerte sind natürlicherweise oder mit Diät kaum erreichbar, sodass das Atorvastatin vermutlich schon sinnvoll ist bei Ihnen. Es kommt aber auch noch auf die Verträglichkeit an (ich hoffe, die sei gut bei Ihnen). Und in sehr hohem Alter und/oder falls Sie eine Vielzahl von anderen Medikamenten nehmen müssten ist Vorsicht angebracht.

Ich bin 65 Jahre, BD 120/80 kein Diabetes, 161cm, 57 kg. Keine Carotisplaque, Herzkranzgefäße gut. LDL über 6, gesamtes Cholesterin über 8. Triglyceride normal. Der Arzt empfiehlt mir keinerlei Massnahmen aber will mit Statinen beginnen. Ich soll es mir überlegen. Was raten sie mir?

Iris Hähnel: Mit dem sehr hohen Cholesterin fallen Sie trotz der sonst sehr guten Werte in eine hohe Risikogruppe, sodass ich mich der Empfehlung Ihres Arztes anschliessen würde, wenn weitere Massnahmen wie eine Ernährungsoptimierung und genügend Bewegung keinen effekt auf den Cholesterinspiegel haben sollten.

ich bin 83 Jahre alt habe 3,6mmol/l und nahm bis jetzt Atorvastatin 20mg. Wegen starker Nebenwirkungen nehme ich jetzt Crestastatin 5 mg. Auch damit unangenehme Nebenwirkungen. Ich habe ein kleines Loch im Vorhof der Herzzwischenwand und hatte vor 3 Jahren eine superleichte Streifung. Habe mich 100% erholt. Zusätzlich nehme ich Aspirin Cardio 100. Ich möchte mit dem Statin aufhören. Was meinen Sie?

Alexandra Röllin Odermatt: Aufgrund Ihrer Schilderungen gehe ich davon aus, dass man Ihnen die Statin-Therapie aufgrund der Streifung empfiehlt, die Sie vor drei Jahren hatten. Auch wenn Sie sich komplett davon erholt haben, bedeutet dies, dass Ihre Hirngefäße "Alterserscheinungen" haben und das Risiko für weitere solche Streifungen oder gar einen Hirnschlag erhöht ist. In diesem Fällen weiss man, dass ein Statin schützend wirkt und zwar unabhängig davon, wie hoch der Cholesterinwert im Blut ist. Aus diesem, rein medizinischen Blickwinkel wäre es auf jeden Fall sinnvoll mit dem Statin weiterzumachen. Andererseits haben Sie offenbar sehr unangenehme Nebenwirkungen und sind

doch mit 83 Jahren auch bereits in einem Alter, wo die Lebensqualität unter Umständen ein wichtigerer Faktor als die Langzeitprognose sein kann. Besprechen Sie doch am besten die Situation nochmals mit Ihrem Hausarzt, der Sie und Ihre Lebenssituation am besten kennt!

Guten Abend, ich nehme seit ein paar Jahren 10mg Atorvastin täglich. Bei der letzten Blutuntersuchung waren die Cholesterin-Werte im guten Normbereich. Der Hausarzt empfahl mir, das Medikament trotzdem weiter zu nehmen, da sonst die Werte mit Sicherheit wieder in die Höhe schnellen werden. Stimmt diese Aussage so? Das heisst für mich, dass ich das Medikament nie mehr absetzen kann?

Stefan Neuner-Jehle: "Never say never again..." Grundsätzlich denkt man bei der medikamentösen Cholesterinsenkung schon in grossen Zeitdimensionen, denn man möchte ja auch die Langzeitwirkung auf die Gefässe erreichen. Aber immer wieder einmal zu monitorisieren, ob die angestrebten Zielwerte wirklich erreicht sind, ist eine gute Sache (es könnte ja auch eine höhere Dosis oder ein anderes Mittel indiziert sein). Und umgekehrt, vor allem bei "Medikamentenmüdigkeit", darf man durchaus einmal einen kontrollierten Versuch ohne Medikation machen. Wenn die Kontrolle nach wenigen Wochen dann wieder erhöhte Werte zeigt, weiss man/frau auch wieder, warum man/frau das Medikament nimmt... Und ja, vermutlich hat Ihr Arzt recht, denn meistens gehen früher behandlungsbedürftige und versuchsweise unbehandelte Werte wieder nach oben. Das hat mit der genetischen Disposition zu tun. Falls inzwischen radikale Veränderungen im zuvor ungünstigen Lebensstil (Übergewicht, Ernährung, Bewegung) stattgefunden hätten, können die Werte aber auch nach Absetzen des Statins tief bleiben. Im Alter verändert sich der Stoffwechsel auch noch (vielleicht zu Ihren Gunsten?), und im Alter verschwindet je nach Risikokonstellation manchmal die Sinnhaftigkeit, die Lipide überhaupt noch zu senken. Viel Glück also!

Aufgrund von Schwächeanfällen und vermeintlichen Herzrhythmus-Störungen hatte ich im Frühjahr intensive Herzuntersuchungen (Belastungs-EKG / Langzeit-EKG / Echokardiographie). Der LDL-Wert wurde mit 4.5 gemessen. Im Bericht an den Hausarzt wird eine Statintherapie mit einem LDL-Zielwert von 2.6 empfohlen. Bei vorgängigen Untersuchungen hatte der Hausarzt jeweils meinen sehr hohen HDL-Wert erwähnt, welcher eine Behandlung erübrige. Wie beurteilen Sie diesen Wert?

Iris Hähnel: Es sollte bei Ihrem Hausarzt eine individuelle, also persönliche Risikoabschätzung unter Berücksichtigung aller Risikofaktoren gemacht werden (z.B. mit dem AGLA-Score), der auch das HDL berücksichtigt. Mithilfe des Ergebnisses kann Ihr Hausarzt Sie optimal beraten, ob und in welchem Ausmass eine Therapie erforderlich ist. Übrigens: Ein stark erhöhtes HDL kann sich auch ins Gegenteil verkehren und negativ auf Ihr Risiko auswirken.

Guten Abend, ich sollte Statine nehmen, da ich vor Jahren einen Stent erhielt. Da in meinem Bekanntenkreis damit schlechte Erfahrungen gemacht wurden, nehme ich seit längerer Zeit Armolipid plus - ohne Wissen meines Hausarztes! Meine Cholesterinwerte sind in Ordnung. Was halten Sie davon? Mit bestem Dank und freundlichen Grüssen

Alexandra Röllin Odermatt: Nach Einlegen eines Stentes ist der Nutzen von Statinen - und zwar selbst bei relativ guten Cholesterinwerten - kaum umstritten. Denn wenn Sie einen Stent gebraucht haben, bedeutet dies, dass Ihre Herzkranzgefässe doch schon deutliche Veränderungen zeigen, deren Zunahme so verhindert werden kann. Das ist eine ganz andere Situation als wenn es lediglich um Prophylaxe bei sonst gesunden Personen geht! Dass es in Ihrem Bekanntenkreis schlechte Erfahrungen mit Statinen gab, ist bedauerlich und Ihr Zögern deshalb verständlich. Doch jeder Mensch ist anders, wenn der eine eine Behandlung nicht gut verträgt, muss dies nicht heissen, dass dies bei jedem so ist...

Bin 76jahre alt. Der hausarzt verordnet, mir schon seit jahren atrovastati 40mg. Wie hoch der wert ist weiss ich nicht. Er sagt das muss man in meinem alternehmen. Eine taplete täglich. Muss ich bis ans lebensende einehmen.

Stefan Neuner-Jehle: Ich gehe davon aus, dass Sie den einen oder anderen Risikofaktor haben, der Ihr Herz und Ihren Kreislauf belastet - denn dann macht es auch im Alter Sinn, das Atorvastatin weiter zu nehmen. Vermutlich weiss Ihr Arzt von solchen Risiken. Falls Sie von gar keinen solchen Risiken bei Ihnen wissen (Beispiele: hoher Blutdruck, Zuckerkrankheit, Rauchen, viele Herz/Hirninfarkte in der Familie, massiver Stress, starkes Übergewicht, Bewegungsmangel), könnten Sie noch einmal mit Ihrem Arzt besprechen, ob es wirklich Sinn macht im hohen und im höchsten Alter. Der Nutzen wäre dann extrem klein. MIT den genannten Risikofaktoren wäre er aber schon vorhanden.

Guten Abend. Um wieviel lassen sich die LDL-Werte durch Verhaltensmassnahmen (Ernährung, Bewegung) im besten Fall verbessern? Ich bin mir bewusst, dass sich hier nur eine Antwort geben lässt, wenn man das bisherige Verhalten des betroffenen Patienten betrachtet. Verhält sich dieser bereits vorbildlich, dann hat er Pech und kann nichts mehr erreichen. Korrigieren Sie mich, wenn ich hier irre. Besten Dank

Stefan Neuner-Jehle: Im Schnitt können 5-15% Senkung durch Lebensstil-Optimierung erreicht werden, in Ausnahmefällen auch mal mehr. Sie haben schon recht, wenn Sie schon supergesund (hinsichtlich Herz-Kreislaufgesundheit) leben, dann wird nicht mehr viel mehr drinliegen. Das würde ich aber nicht als Pech bezeichnen, weil sie damit auch in vielen anderen Bereichen der Gesundheit punkten bzw. bessere Chancen auf ein gesundes Leben haben!

Guten Abend, ich habe schon mehrere Versuche mit diversen Cholesterinsenkern hinter mir, musste sie aber jeweils nach einigen Monaten wieder absetzen, da sie bei mir immer stärker werdende Schwindelattacken verursachen, die mich jeweils nach einigen Monaten immer stärker werdend im Alltag behindert haben. Gemäss Arzt ist Schwindel keine bekannte Nebenwirkung. Was ist bei mir falsch? Und gibt es überhaupt ein Mittel, das ich vertragen würde? Danke und freundliche Grüsse.

Iris Hähnel: Ihr Arzt hat Recht: Schwindel ist keine typische Nebenwirkung einer Statin-Therapie, aber wenn Sie wiederholt beim Einsatz der Medikamente Schwindel bekam, der nach Absetzen wieder

verschwindet, scheint es bei Ihnen eben so zu sein. Zur besseren verträglichkeit eines Statins kann man versuchen, 1. mit einer niedrigen Dosierung zu beginnen und 2. diese jeden 2. Tag oder 3x/Woche zu geben. Alternativ könnte Ihr Hausarzt/Ihre hausärztin Ezetimibe (ein Cholesterinsenker mit einem ganz anderem Wirkmechanismus) zu verschreiben. Ich drücke die Daumen, dass man für Sie eine Möglichkeit einer gut verträglichen Therapie findet.

Welcher ist jetzt der neue Cholesterin Grenzwert?

Stefan Neuner-Jehle: Das ist nicht so pauschal zu beantworten, denn die "neuen" Grenz- bzw. Zielwerte für den LDL-Anteil des Cholesterins hängen von den vorhandenen Herzkreislauftrisiken ab. Er kann zwischen 1 und 3 mmol/l liegen. Damit ist er um 0.4 bis 0.8 mmol/l tiefer angesetzt als früher. Aber Achtung, das ist nicht der Cholesterin-GESAMTwert. Es kann sich lohnen, mit Ihrer Hausärztin/Ihrem Hausarzt Ihren Wert (falls Sie ihn schon gemessen haben) zu besprechen und zu erfahren, ob Sie sich im Sinne einer Behandlung eventuell drum kümmern sollten.

Mich interessiert Ihre Meinung zur roten Reishefe als Alternative. Meine Mutter 71jährig, schlank, sportlich, genetisch Vorbelastet (Mutter Schlaganfall, Vater Herzinfarkt) hat erhöhte Cholesterinwerte. Der Arzt hätte einen Cholesterinsenker empfohlen. Neben einer sehr ausgewogenen Ernährung und Lebensstil nimmt sie seit ca. 4 Jahren rote Reishefe (täglich rote Reishefe 330mg, davon 10mg Minacolin K mit 50mg Ubiquinol=aktives Coenzym). Die Werte sind nun konstant sehr gut ohne NW.

Iris Hänel: Die Frage nach dem Roten Reis kommt immer wieder: der Rote Reis ist mit einem Pilz fermentiert, der den Wirkstoff Monakolin K bildet, der chemisch identisch ist zum Statin Lovastatin, daher der gute Wirkeffekt. Wichtig zu wissen ist, ob Ihre Mutter damit auch den Zielwert für das LDL-Cholesterin erreicht, den sie mit ihrem Risikoprofil haben sollte. Die Hinzugabe von Coenzym Q10 (Ubiquinol) kann eventuelle Muskelbeschwerden durchaus positiv beeinflussen (die Nebenwirkungen von Rotem Reis können aufgrund des Wirkstoffs, der ja Statin-identisch ist, nämlich genauso sein, wie bei einem Medikament aus der Apotheke).

Wie hoch muss/darf dieser Grenzwert sein? Bei mir war der Wert heute 7,6. und alle anderen Blutwerte sind vollkommen ok. Fühle mich gesund, mache sehr viel Sport, schlank, 64kg. Ev bin ich familiär vorbelastet. Kann es sein, dass ein Körper bei sehr viel Sport mit so atypischen Werten reagieren kann. Da ich oft auf diverse Medis mit heftigen Nebenwirkungen reagiere, sträube ich mich vehement gegen die Einnahme von Cholesterinsenkern.

Alexandra Rölli Odermatt: Wenn Sie schlank sind und viel Sport machen, dann ist bei einem Gesamtcholesterinwert von 7.6 eine familiäre Vorbelastung wahrscheinlich. Der Sport ist sicher nicht die Ursache des erhöhtes Wertes, regelmässige Bewegung hat eher einen günstigen Einfluss auf die Cholesterinwerte. Um Sie fundiert beraten zu können müsste man noch etwas mehr zu Ihrer Situation wissen, z.B. die LDL-Werte (das sogenannte "böse Cholesterin") oder weitere Risikofaktoren wie Blutdruck, Blutzucker und andere Risikofaktoren. Mit diesen ergänzenden Angaben kann Ihr

Hausarzt Ihr persönliches Risiko für eine Herz-Kreislauf-Erkrankung berechnen und eine medizinisch fundierte Empfehlung abgeben. Ob Sie diese dann befolgen wollen, ist allerdings Ihre persönliche Entscheidung... zwingen kann Sie niemand, wenn Sie sich wirklich so vehement gegen die Einnahme eines Cholesterinsenkers sträuben...

Können Sie mir mitteilen, was eine Hypercholesterinämie bei einem LDL-Cholesterin von 4.8 mmol/L. Danke

Stefan Neuner-Jehle: Ein LDL von 4.8 mmol/l ist ein doch erhöhter Wert genau des Cholesterin-Anteils, der ungünstig für die Gefäße ist. Auf diesen Wert kommt es viel mehr an als auf den Gesamtwert. Selbst bei tiefem Herz-Kreislauf-Risiko, das von anderswo als vom Cholesterin her kommt (z.B. Vererbung, hoher Blutdruck, Rauchen, Zuckerkrankheit, Stress), wäre der Wert über dem Zielwert. Somit darf man einen solchen LDL-Wert ruhig als Hypercholesterinämie bezeichnen. Falls es Sie selbst betrifft, rate ich Ihnen zu einem Gespräch mit Ihrer Hausärztin/Ihrem Hausarzt, um gemeinsam zu überlegen, ob sich eine Behandlung für Sie lohnt.

Bin 76 Jahre alt, nehme schon seit Jahren Atrovastatin 40 mg, täglich eine Tablette. Wie hoch der Wert ist weiß ich nicht. Muss ich die bis ans Lebensende nehmen?

Iris Hähnel: Für Ihre Altersklasse ist der Statin-Effekt nicht so gut wissenschaftlich untermauert, wenn Sie es nur als "Prophylaxe", also vorbeugend einnehmen. Sprechen Sie ggf. mit Ihrem Hausarzt/Ihrer Hausärztin. Anders sieht es aus, wenn Sie bereits einen Herzinfarkt oder Schlaganfall hatten bzw. eine Bypass-OP oder Stents bei koronarer Herzkrankung - da würde ich Ihnen nicht raten, das Medikament abzusetzen.

Ich habe vor 10 Jahren einen Herzinfarkt und einen Cholesterinwert von 3.17 Gesamt 1.8 LDL Cholesterin. Ist der Wert zu hoch. Danke für Ihre Antwort

Stefan Neuner-Jehle: Durch Ihr Infarktereignis gelten Sie als Hochrisikopatient bezüglich Herz-Kreislauf-Erkrankung, und nach den Leitlinien der Europäischen Kardiologen von 2016 wäre ein LDL von 1.8 mmol/l genau an der Grenze von erreichtem oder überschrittenem Zielwert. Nach neuen Leitlinien (2019) wäre der Wert leicht zu hoch, neuer Zielwert in dieser Situation ist 1.4 mmol/l. Für damals war es also OK, aber ich hoffe, Sie haben einen aktuelleren Wert? In Ihrer Situation lohnt es sich, die Lipide ab und zu kontrollieren zu lassen, um sich zu vergewissern, dass Sie immer noch im Zielbereich sind. Aktuell also Empfehlung: LDL 1.4 mmol/l.

Mich betreffen diese tieferen Werte. Wieso wurden die in der Sendung nicht genannt? Wie hoch sind sie jetzt?

Iris Hähnel: Leider kann ich mit Ihrer Frage nichts anfangen, da wir Experten im Chat die Sendung nicht ansehen konnten. Vielleicht meinen Sie, dass die Zielwerte für das "schlechte" Cholesterin (=LDL) gemäss der neuesten Leitlinienempfehlungen abgesenkt wurden. Ob dies für Sie zutrifft, sollten Sie mit Ihrem Hausarzt/Ihrer Hausärztin besprechen, da Ihr Risiko in der "Gesamtschau", also unter Berücksichtigung aller Risikofaktoren angeschaut werden muss. Dann können Sie in Bezug auf Zielwert und Therapie optimal beraten werden.

Ich hatte im Jahr 2014 eine HerzOP ohne Infarkt. 3 Bypässe. Nun ist mein aktueller LDL Wert bei 1,8 mein Kardiologe will mich nun auf den Wert von 1,4 zurückbringen. ist das sinnvoll?

Alexandra Röllin Odermatt: Wenn Sie bereits eine Bypassoperation hatten, dann ist Ihr Herzkreislaufisiko sehr hoch. Die neusten Richtlinien sagen in der Tat, dass man in dieser Situation neu einen Wert von unter 1.4 für LDL anstreben sollte - allerdings ist der Zusatznutzen einer zusätzlichen Senkung von 1.8 runter auf 1.4 nicht ganz eindeutig belegt, einer der Gründe, warum diese neuen Richtlinien umstritten sind. Wenn sich die zusätzliche LDL-Senkung bei Ihnen mit einer einfachen Dosiserhöhung ohne grössere Nebenwirkungen realisieren lässt, dann ist es wahrscheinlich sinnvoll, dies auch zu machen. Wenn es sich als schwieriger herausstellen sollte, müssten Nutzen und Aufwand wohl im persönlichen Gespräch mit Ihrem Arzt gegeneinander abgewogen werden.

Ich bin 59. Jahre Weiblich und nehme seit 2006 Medikamente gegen zu Hohe Colesterinwerte. Das Problem ich habe so viele Medikamente ausprobiert alle haben die gleichen Nebenwirkungen. Mein damaliger Arzt hat mir dann ein Altes Medikament Cedur Retard 400 Verschrieben bei diesem habe ich keine Nebenwirkungen. Mein jetztiger Arzt hat das wieder Abgesetzt und wieder ein anders gegeben ich habe es abgesetzt weil es Nebenwirkungen hat. Jetzt nehme ich wieder das alte.

Stefan Neuner-Jehle: Es gibt leider Patienten, die Statine nicht gut vertragen. Manchmal helfen gegen die Muskelschmerzen, die meist das Problem sind bei Nebenwirkungen, ein Enzym (Coenzym Q10, z.B. Ubiquinol). Aber letztlich kann auch das "alte" Medikament Cedur retard sinnvoll sein - wenn Sie es gut vertragen UND wenn Sie damit einigermaßen im Zielbereich der Lipidwerte sind. Falls nicht, wären Cholesterin-Aufnahmehemmer oder die modernen (aber teuren) Medikamente eine Alternative.

Ich bin 77 Jahre alt und habe seit einigen Jahren etwas erhöhten Cholesterin mein Arzt spricht von 7 bis 7,5 . Er empfiehlt mir mit der Ernährung den Wert so zu halten. Wenn ich über 8 sei müssten wir über Medikation sprechen. Meine Schwester hatte Parkinson und mit 85 einen Hirnschlag woran sie starb. Mein Bruder hatte mit gut 70 Jahren eine Lungen Embolie ist seit 3 Jahren mit 76 Jahren im Rollstuhl weil man vor Jahren nach einem Treppensturz eine Rückenmarksverletzung nicht erkannte.

Iris Hähnel: Ich denke, Ihr Hausarzt liegt richtig mit dieser Empfehlung, da Sie 1. nach den vorliegenden wissenschaftlichen Erkenntnissen in der "vorbeugenden" Einnahme eines Cholesterinsenkers vermutlich gar nicht mehr profitieren. Und 2. erlitt zwar Ihre Schwester einen Schlaganfall, aber aufgrund des hohen Erkrankungsalters wird dieser nicht als Risiko für Sie selbst

gewertet (anders sähe es aus, wäre der Schlaganfall mit < 60 Jahren aufgetreten). Die Lungenembolie bei Ihrem Bruder wird nicht als Risiko für einen Herzinfarkt oder Schlaganfall eingeschätzt.

+++ Auch ich nahm -vor Jahren einen Cholesterinhemmer mit Beinschmerzen als Nebenwirkungen. In einer Pulssendung sagten damals Ärzte! Wenn eine Person kein Übergewicht hat, auch sonst gesund ist, auch Sport treibt, ist es nicht notwendig einen Cholesterinhemmer zu schlucken. Anhand dieser Aussage habe ich damit aufgehört. Ich bin demnächst 81 Jahre alt und immer noch in der Lage 5 Stunden in den Bergen zu wandern. Ich bin gesund und will mein Wohlbefinden nicht wieder mit Medikamenten beeinträchtigen. +++

Guten Abend mein Chol ist 5.7 meine Ärztin meinte da ich sonst gesund bin muss ich keine Medikamente nehmen! Was ist der neue Grenzwert? Vielen Dank für Ihre Rückmeldung

Stefan Neuner-Jehle: Ich nehme an, der Wert bezieht sich auf das Gesamtcholesterin. Der Wert ist nicht extrem hoch, aber auch nicht "super". Es kommt nun auf den LDL-Wert an, der für das Herz-Kreislauf-Risiko wichtiger ist. Dort sind die neuen Grenz- bzw. Zielwerte zwischen 1 (extremes Risiko) und 3 mmol/l. Wenn Sie also sonst keine Risiken tragen (wie Ihre Ärztin meint), die Herz und Kreislauf belasten (z.B. Diabetes, genetische Konstellation, Rauchen, Übergewicht, Stress, Bewegungsmangel, hoher Blutdruck, Herz-Kreislauf-Erkrankungen), dann wäre ein LDL-Wert um 3 mmol/l in Ordnung, und es bräuhete keine Behandlung. Fragen Sie also Ihre Ärztin nach diesem Wert und um ihren Rat dazu.

Was wissen Sie über die Langzeitwirkung von roter Reishefe? Meine Mutter 72-jährig nimmt dies seit ca. 4 Jahren (täglich 330mg rote Reishefe, davon 10mg Monacolin K, 50mg aktives Coenzym) ohne NW, die Werte sind sehr gut. Das Produkt ist von der Firma Bonusan/Holland. Meine Mutter ist schlank, sportlich, gesunder Lebensstil aber genetisch Vorbelastet (Mutter Schlaganfall/ Vater Herzinfarkt).

Iris Hänel: Solche pflanzlichen Präparate wie der Rote Reis sind nicht in großen wissenschaftlichen Untersuchungen untersucht, wie es dies bei den Statinen der Fall ist, die bei 100.000en von Patienten aus vielen verschiedenen Ländern erfolgt ist. Von daher wissen wir zu wenig über die Langzeitwirkung und das genaue Nebenwirkungsspektrum. Wir können nur indirekt darauf schließen, da der Wirkstoff Monacolin K chemisch identisch zum Statin Lovastatin ist. Aufgrund der familiären Vorbelastung wäre zu prüfen, ob Ihre Mutter tatsächlich mit dem Roten Reis den gewünschten Zielwert des LDL-Cholesterins für ihr persönliches Risikoprofil erreicht.

Ist es wirklich erwiesen, dass etwas erhöhtes Cholesterin schädlich ist? Im Buch von Dr. David Permuter "dumm wie Brot", ist explizit erwähnt, dass das leicht erhöhte Cholesterin die Zellen im Hirn schützt und somit gegen Demenz, Hirn Schlag, Herzinfarkt, Alzheimer, Parkinson und multipler Sklerose. Cholesterin schützt auch vor freien Radikalen, die im Alter zunehmen. Lesen Sie das aufdeckende Buch und so müssen keine "Patienten" mehr unnötig Medikamente einnehmen, die mehr schaden denn nützen.

Alexandra Röllin Odermatt: Ob "leicht erhöhtes" Cholesterin schädlich ist, hängt von der Situation ab... bei sonst gesunden Personen ohne andere Risikofaktoren und ohne familiäre Belastung ist die Situation wirklich nicht ganz eindeutig... Dass aber bei Personen, welche schon Schäden an den Gefässen zeigen, familiäre Vorbelastung oder andere Risikofaktoren haben, eine Senkung des Cholesterins bei der Vorbeugung gegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen hilft, das ist wissenschaftlich gut belegt. Aber niemand MUSS etwas einnehmen, das er oder sie nicht will. Das ganze sind ja lediglich Empfehlungen aus schulmedizinischer Sichtweise, was Sie dann damit machen, bleibt Ihnen überlassen...

Ich bin 68 und übergewichtig. Habe vor 8 Jahren 20cm Dickdarm entfernen lassen müssen wegen Divertikeln. Danach ging es mir gut. Seit drei Jahren jedoch nehme ich Valsartan 75 gegen erhöhten Blutdruck / Euthyrox gegen Schilddrüsen-Unterfunktion. Metformin 1000 gegen Alters-Diabetes, was mir Durchfall bereitet. Darum nehme ich dieses nur, wenn ich viel gegessen habe. Vor 2 Wochen wurde nun Atorvastatin-Mepha 20mg verschrieben, obwohl bei meinen Vorerkrankungen davor gewarnt wird. Was soll ich machen?

Iris Hähnel: Mir wäre nicht bekannt, dass Atorvastatin nach Teilentfernung des Dickdarms nicht gegeben werden darf. Sprechen Sie nochmals den Hausarzt/die Hausärztin an. Bei Ihrem Risikoprofil sollte auf jeden Fall eine optimale Einstellung aller Risikofaktoren erfolgen, und da ist das Statin sicher ein wichtiger Beitrag dazu.

Ich habe einen Cholesterin Total von 5.45 mmol, HDL 1.58. Muss ich da was unternehmen bei 38,178cm und 70Kg Körpergewicht?

Stefan Neuner-Jehle: Das klingt nicht schlecht - die neuen Zielwerte sind zwar auf die LDL-Cholesterinwerte bezogen, aber mit Ihren Werten kann man etwa abschätzen, dass Sie in die Nähe von 3 bis 3.5 mmol/l LDL kommen würden (fragen Sie am besten nach dem genauen LDL-Wert). Sofern Sie nicht nur normalgewichtig sind, sondern auch keine anderen Herz-Kreislauf-Risiken wie Diabetes, Raucher, hoher Blutdruck, massiver Stress, starke genetisch-familiäre Belastung oder extremen Bewegungsmangel haben, gehören Sie zur Niedrigrisikogruppe, und dann wäre ein solches LDL um bzw. unter 3 mmol/l nicht behandlungsbedürftig.

Guten Abend, weiblich, 64jährig. 55 kg schwer, 1.58 gross. Eigentlich gesund gem. kürzlicher Untersuchung bei Hausärztin. Lediglich der Cholesterinwert sei etwas erhöht.. Bin nicht mehr sicher ob 6,7 oder 7,6 oder was. Ich bin fit. Gehe ins Fitness und bewege mich sonst auch viel. Nun hat sie mir.. angeblich, auch zur Vorbeugung Rosuvastatin 20 mg verschrieben. 1/2 Tabl. Es kam dann zu Nebenwirkungen wie Kopfschmerzen und Gliederschmerzen. Sie hat mir gesagt wenn es zu Nebenwirkungen komme, solle ich es weglassen. Was raten sie mir nun?

Alexandra Röllin Odermatt: Ich würde nochmals das Gespräch mit der Hausärztin suchen. Ob nun der Gesamtcholesterinwert 6.7 oder 7.6 ist ist doch ziemlich relevant. Auch die Höhe des LDL



Cholesterins und ein paar weitere Informationen (familiäre Vorgeschichte bezüglich Herz-Kreislaufkrankungen, Blutdruck...) würde man gerne wissen, um zu entscheiden, ob ein erneuter Versuch mit einem anderen Präparat oder allenfalls der Versuch mit einer tieferen Dosierung des gleichen Präparates (Beginn mit 5 statt 10mg) sinnvoll wäre.

Wo sind denn die bisherigen und neuen Richtlinien resp. die Werte in mmol/l zu finden?

Stefan Neuner-Jehle: Eine schöne Übersicht findet sich bei der Medix-Leitlinie zu Hyperlipidämie (Tabelle 1, die beiden Kolonnen ganz rechts). Sie finden diese Guideline auf <https://www.medix.ch/wissen/guidelines/>, Link öffnet in einem neuen Fenster.

Was halten Sie von BENNECOL von Emmi als Cholestrin Senker !????? Ich nehme dies anstelle von Crestor !!! Danke für Ihre Antwort . Herzlichen Dank

Iris Hähnel: Die Phytosterole (dazu gehört auch das Benecol) können die Cholesterinaufnahme aus dem Darm hemmen. Ob der Effekt für Sie ausreichend ist, kann Ihr Hausarzt/Ihre Hausärztin durch eine erneute Kontrolle der Cholesterinspiegel feststellen. Ob dies für Sie ausreichend ist, sollte durch Berechnung Ihres persönlichen Risikos (z.B. mit dem AGLA-Risikorechner) erfolgen, und dann kann Sie Ihr Hausarzt entsprechend beraten, ob Sie mit der aktuellen Massnahme richtig liegen.

Guten Abend, mein Mann nimmt schon seit Jahren Cholesterintabletten. Und trotzdem hatte er vor einer Woche fast einen Herzinfarkt. Und musste einen Stent setzen lassen. Ev. Noch einen zweiten. Was haben da die Tabletten genützt?

Stefan Neuner-Jehle: Ich verstehe gut, dass Sie sich das fragen - schliesslich will/wollte man mit der Behandlung ein Ereignis verhindern. Aber Sie schreiben "fast einen Herzinfarkt", und dass die Einnahme schon über Jahre läuft. Vielleicht wäre der Infarkt schon früher, und auch mit voller Wucht (nicht nur fast) eingetroffen, wenn er das Cholesterin nicht gesenkt hätte. Das ist keineswegs zynisch gemeint, sondern manchmal traurige Realität bei Hochrisikopatienten. Insofern hat es vielleicht doch etwas genützt. Mit Sicherheit wird man das nie wissen.

Habe Cholesterin 4.4 und HDL 1.3. Nehme jeden Tag Atorvastatin 40mg. Möchte reduzieren. Arzt sagt nein. Mache jeden Tag Sport. Was denken Sie

Alexandra Rölli Odermatt: Haben Sie denn Ihren Arzt gefragt, warum er nein sagt? Aufgrund Ihrer spärlichen Angaben ist es nicht möglich, Sie fundiert zu beraten. Ich nehme an es ist das LDL Cholesterin, das bei 4.4 liegt trotz Einnahme von 40mg Atorvastatin? In diesem Fall wird nach Absetzen oder Dosisreduktion von Atorvastatin der LDL-Wert vermutlich in einen zu hohen Bereich ansteigen. Aber allenfalls können Sie es in Absprache mit Ihrem Hausarzt doch mal probieren zu

reduzieren und dann selber sehen, ob und wie stark sich Ihre Werte sich wieder verschlechtern. Manchmal unterstützt so ein "Experiment" durchaus die weitere Motivation...

Bin 73 Jahre, habe 5 Bypässe. Da die Cholesterin - Hemmer unerträgliche Nebenwirkungen haben wurden mir die Repatha 140 mg alle 14 Tage empfohlen. Was sind die zu erwarteten Nebenwirkungen ? Besten Dank

Iris Hänel: Vom Nebenwirkungsspektrum wird diese Substanzklasse in der Regel sehr gut vertragen. Auftreten können verstopfte Nase, Rückenschmerzen/Gelenkschmerzen, Hautausschläge und andere allergische Reaktionen. In Ihrem Fall würde ich aber dazu raten, da sie mit der Bypass-OP ja in eine hohe Risikogruppe gehören. Nach meiner Erfahrung kommen die Patienten damit sehr gut zurecht.

Guten Abend, wieviel Prozent der seit 1960 durchgeführten Studien wurden direkt oder indirekt durch die Pharmaindustrie oder deren Interessengruppen durchgeführt, finanziert oder gefördert? Ich sehe da einen grossen Interessenkonflikt und fühle mich dabei mehr als Kunde / "Cashcow" und nicht mehr als Patient, dessen Gesundheit und Wohlbefinden im Zentrum stehen sollte.

Alexandra Röllin Odermatt: Sie sprechen da ein wirklich ernsthaftes Problem an. Die Pharmaindustrie war wohl an einem Grossteil der durchgeführten Studien beteiligt und sie haben absolut recht, dass aus diesem Grund ein gewisses Misstrauen angebracht ist, insbesondere wenn Grenzwerte immer tiefer angesetzt werden und in den Gremien, welche über Empfehlungen und Leitlinien entscheiden, viele Experten sitzen, welche Gelder von der Pharmaindustrie erhalten. Um hier etwas zum Positiven zu wenden, wären dringliche Massnahmen von Seiten der Gesetzgeber etc. vonnöten. Bis dies der Fall ist, müssen wir im medizinischen Alltag mit kritischem Augenmass und im Bewusstsein dieser Einschränkungen trotzdem Empfehlung aufgrund der Studien geben, die uns zur Verfügung stehen.

Chat-Admin: Der Experten-Chat ist beendet. Leider konnten in der zur Verfügung stehenden Zeit nicht alle Fragen beantwortet werden. Mehr Infos zum Thema finden Sie aber auf [www.srf.ch/play/tv/puls/video/cholesterin-zielwerte-aggressive-vorgaben-in-der-kritik?urn=urn:srf:video:026aa127-8bb4-4419-a5cb-065eeae9ffb](http://www.srf.ch/play/tv/puls/video/cholesterin-zielwerte-aggressive-vorgaben-in-der-kritik?urn=urn:srf:video:026aa127-8bb4-4419-a5cb-065eeae9ffb)