

PRESSEINFORMATION

TAG DES CHOLESTERINS, 14.06.2024: Mit Mythen aufräumen und Risiken früh adressieren

Über uns:

Die Deutsche Akademie für Präventivmedizin e.V. (DAPM, s. www.akaprev.de) setzt sich seit ihrer Gründung im Jahr 2005 für die seriöse, ärztliche Fortbildung auf den Gebieten der Gesundheitsförderung und Prävention und für die Aufklärung der Öffentlichkeit über wirksame Maßnahmen zur Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs und Demenz ein. Die DAPM ist explizit ungesponsert, unabhängig und der evidenz-basierten (= wissenschaftlich nachprüfbar) Medizin verpflichtet.

Key Messages:

- **Arteriosklerose ist kein unabänderliches Schicksal! 80 % der Herzinfarkte und Schlaganfälle könnten bei frühzeitiger Intervention zur Verminderung von Risikofaktoren vermieden werden.**
- **Nicht Cholesterin ist der „Bösewicht“, sondern es sind bestimmte Lipoproteine (Eiweißkügelchen, die Cholesterin und Fette transportieren). Der beste und einfachste Parameter zur Risikoeinstufung ist das Non-HDL-Cholesterin. Darin enthalten sind alle schädlichen Lipoproteine außer dem „guten“ HDL-Cholesterin.**
- **Im deutschen Gesundheitswesen muss die 10-Jahres-Perspektive durch die Lebenszeit-Perspektive des Herzinfarkt- und Schlaganfallrisikos bis zum 80. Lebensjahr ersetzt werden.**
- **Alle Erwachsenen sollten im Rahmen von Gesundheit Check-ups über ihr Lebenszeit-Risiko für Herzinfarkt und Schlaganfall informiert werden. Über die Parameter Familienvorgeschichte, Rauchen, Blutdruck, Cholesterinwerte, Zuckerstoffwechsel, BMI u.a. kann man dieses errechnen.**
- **Bei frühzeitiger, präventiver Intervention ist der mögliche Gewinn deutlich größer als bei einer späten Intervention, wenn der Krankheitsfall eingetreten ist. Derzeit werden jüngere Menschen mit hohem Lebenszeit-Risiko zu Unrecht nicht präventiv behandelt.**
- **Einmal im Leben sollte bei jedem Menschen der genetisch bedingte Risikofaktor Lipoprotein(a) bestimmt werden. Denn dadurch wird die Risikoeinstufung bei 20 % der Menschen erheblich modifiziert.**
- **Für Familien mit frühzeitigem Herzinfarkt und Schlaganfall muss ein systematisches Screening auf genetisch bedingte Cholesterinerhöhung oder genetisch bedingte Erhöhung des Lipoprotein(a) eingeführt werden.**

BASICS zum Cholesterin, die jeder kennen muss:

- Die in der Bevölkerung weit verbreitete Ansicht, Cholesterin sei eine irgendwie „giftige“ oder „schädliche“ Substanz, ist falsch. Cholesterin ist eine wichtige Bausubstanz im menschlichen Körper, die dieser übrigens zum allergrößten Teil selbst herstellt.
- Das mit der Nahrung beispielsweise über den Verzehr von Eiern aufgenommene Cholesterin hat mit dem Cholesterinspiegel im Blut so gut wie nichts zu tun, weil es einen Feedback-Mechanismus in der Leber gibt, der die Eigenproduktion drosselt, wenn mehr Cholesterin über die Nahrung ankommt und umgekehrt bei Einsparung von Nahrungscholesterin die Produktion steigert.
- Die über Jahrzehnte an die Bevölkerung gegebene Empfehlung, sich fettarm und cholesterinarm zu ernähren, war falsch und hat das Risiko für Herzinfarkt und Schlaganfall nicht gesenkt.
- Über die Ernährung erreicht man die besten Cholesterinwerte mit einer mediterranen, fettreichen Ernährung mit einem hohen Anteil an guten einfach-ungesättigten Ölen und Fetten (Olivenöl, Rapsöl, Avocado, Nüsse und Nussöle) sowie Omega-3-Fettsäuren aus Fisch bei gleichzeitiger Verminderung der Kohlenhydratzufuhr (Zucker und stärkehaltige Lebensmittel wie z.B. Brot, Kartoffeln, Reis, Nudeln und Frühstücksflocken).

Arteriosklerose – kein „natürlicher“ Alterungsprozess der Schlagadern:

- Es ist falsch, ausschließlich Herzinfarkt und Schlaganfall ins Zentrum des Interesses zu rücken. Die eigentliche Erkrankung heißt Arteriosklerose! Herzinfarkt und Schlaganfall sind Endpunkte eines jahrzehntelangen Prozesses der (vorzeitigen) Alterung der Schlagadern, die durch vermeidbare Risikofaktoren ausgelöst wird.
- Arteriosklerose ist kein natürlicher Alterungsprozess, der im Laufe des Lebens unvermeidlicherweise einsetzen müsste. Dies sieht man an Naturvölkern, beispielsweise den Tsimane-Indianern am bolivianischen Amazonas-Ursprung, bei denen auch im höheren Alter keine Arteriosklerose vorkommt.
- Arteriosklerose entwickelt sich vielmehr auf dem Boden verschiedener gefäßschädigender Faktoren wie Rauchen, Bluthochdruck, erhöhten Insulinspiegeln und mechanischen Belastungen unter Mitwirkung Cholesterin und Fett transportierender Lipoproteine.
- Nicht Cholesterin selbst ist der Risikofaktor für die Arteriosklerose, sondern es sind diese Lipoproteine (Eiweißkügelchen), die zu Ablagerungen in den Schlagadern führen.

Bedeutung der Familienvorgeschichte wird unterschätzt

- Eine genetisch bedingte, starke Erhöhung des LDL-Cholesterins (Low-Density-Lipoprotein) im Sinne einer familiären Hypercholesterinämie bzw. eine ebenfalls genetisch bedingte, starke Erhöhung des Lipoprotein(a) sind die häufigste Ursache frühzeitiger Herzinfarkte und Schlaganfälle.
- Von einer familiären Hypercholesterinämie ist in Deutschland etwa 1 von 250 Menschen betroffen. Sie erleiden oft bereits vor dem 50. Lebensjahr einen Herzinfarkt.
- Lipoprotein(a) fördert die Verkalkung der Gefäße etwa sechsmal stärker als LDL-Cholesterin. Von einer starken Erhöhung des Lipoprotein(a) auf > 100 mg/dl (> 240 nmol/l) ist sogar 1 von 30 Menschen betroffen. In diesem Fall ist das Herzinfarktrisiko der Betroffenen auf das 3-4-fache gesteigert. Und 20 % der Menschen haben ein mäßig erhöhtes Lipoprotein(a) von > 50 mg/dl (> 120 nmol/l), was moderat risikosteigernd (+80 %) wirkt.

- In Deutschland - anders als in anderen europäischen Ländern wie beispielsweise den Niederlanden - gibt es bisher bei frühzeitigem Herzinfarkt oder Schlaganfall kein systematisches Screening in den Familien der Betroffenen. Die frühzeitige Entdeckung einer genetisch bedingten starken Erhöhung des LDL-Cholesterins oder des Lipoprotein(a) ist entscheidend dafür, das Risiko für Herzinfarkt und Schlaganfall bei den Betroffenen zu verringern.

Veränderte Risikokonstellation: Non-HDL-Cholesterin besser als LDL-Cholesterin

- Anders als bei der genetisch bedingten Hypercholesterinämie mit stark erhöhtem LDL-Cholesterin, die nur etwa 4 von 1000 Menschen betrifft, haben die meisten Menschen mit durch den Lebensstil erhöhten Cholesterinwerten eine andere Konstellation bei den Cholesterinwerten: Bei Ihnen ist das sogenannte Non-HDL-Cholesterin relativ stärker erhöht als das LDL-Cholesterin.
- Das Non HDL-Cholesterin ist in diesem Fall der bessere Parameter zur Einschätzung des Herz-Kreislauf-Risikos. Es wird errechnet, indem man vom Gesamt-Cholesterin das HDL-Cholesterin abzieht.
 - $\text{Non-HDL-Cholesterin} = \text{Gesamtcholesterin} - \text{HDL-Cholesterin}$
- Im Non-HDL-Cholesterin sind neben dem LDL-Cholesterin auch die fettreichen Lipoproteine IDL, VLDL und die Überbleibsel der Fetttransporter aus dem Darm, genannt Chylomicronen Remnants, enthalten. Auch diese fettreichen Lipoproteine fördern die Arteriosklerose und müssen deshalb mitberücksichtigt werden.
- Das Non-HDL-Cholesterin ist insbesondere für Menschen mit Übergewicht und Adipositas sowie Prädiabetes und Diabetes - *also für die Mehrheit der Bevölkerung* - ein besserer Parameter zur Risikoeinstufung als das LDL-Cholesterin.

Frühzeitige Prävention statt späte Behandlung

- International hat sich längst die Betrachtung des Lebenszeit-Risikos für Herzinfarkt und Schlaganfall etabliert, wohingegen man im deutschen Gesundheitswesen kurzsichtig vorgeht und lediglich das Risiko der nächsten 10 Jahre im Blick hat.
- Dies hat zur Folge, dass junge Menschen mit hohem Lebenszeit-Risiko in Deutschland oft zu Unrecht nicht behandelt werden, obwohl gerade bei Ihnen der langfristige Benefit am größten wäre.
- Je länger man bei bekannten Risikofaktoren zuwartet, bis man sie effektiv behandelt, umso geringer ist der mögliche Gewinn im Hinblick auf die Vermeidung von Herzinfarkten und Schlaganfällen.
- Außerdem erfordert die Senkung des Risikos bei frühzeitiger Intervention weniger drastische Maßnahmen, als wenn man sehr spät im Krankheitsprozess behandelt.

Für Rückfragen steht Ihnen der stellvertretende Vorsitzende und Fortbildungsbeauftragte der Deutschen Akademie für Präventivmedizin e. V., **Dr. med. Johannes Scholl**, Facharzt für Innere Medizin, Ernährungsmedizin, Sportmedizin, unter der E-Mail Adresse scholl@akaprev.de zur Verfügung.