

„Kasteiung ist nicht gefragt“

Kardiologe Andreas Zeiher über gutes und schlechtes Cholesterin, Grenzwerte und die Frage, ab wann Medikamente sinnvoll sind

Sie sind alte Bekannte, die Risikofaktoren für Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems: ein erhöhter Blutdruck und Cholesterinspiegel, Diabetes, zu viele Kilos auf der Waage, kaum Bewegung, Rauchen. Und das stetige Mahnen der Mediziner hat Früchte getragen: So sterben heute in den Industrieländern weit weniger Menschen durch einen Herzinfarkt als noch vor 25 Jahren. Der Rückgang sei zu etwa 50 Prozent auf eine bessere Behandlung und Überwachung der Patienten zurückzuführen – und zu 50 Prozent auf eine bessere Prävention, sagt Andreas Zeiher, Direktor der Klinik für Kardiologie, Angiologie und Nephrologie am Universitätsklinikum Frankfurt. Denn Herz-Kreislauf-Problemen lässt sich wie kaum einem anderen Volksleiden vorbeugen, durch eine Änderung des Lebensstils und – wenn das nicht reicht – auch durch Medikamente. Doch gerade im Umgang mit einem der wichtigsten Risikofaktoren, dem Cholesterinspiegel, herrscht häufig Unsicherheit. Andreas Zeiher bringt bei den Rhein-Main-Herztagen Ärzte auf den aktuellen Stand der Forschung.

Zum Thema Cholesterin gibt es derzeit viel Verwirrung. In den USA wurden die Ernährungsempfehlungen vor kurzem geändert, dort stellten Wissenschaftler die These auf, dass die Aufnahme von Cholesterin über das Essen gar keinen Einfluss auf die Werte im Blut hätte. Kann ich also bedenkenlos Eier und Innereien verzehren, die ja stets im Verdacht standen, sich ungünstig auszuwirken?

Grundsätzlich kann man alles essen, aber natürlich in Maßen, Kasteiung durch eine strenge Diät ist nicht gefragt. Anders als früher gilt heute nicht mehr, dass man auf sehr eiweißhaltige Lebensmittel verzichten soll. Man setzt eher auf eine ausgewogene Ernährung, verbunden mit einer regelhaften körperlichen Aktivität, weil damit das Blutprofil günstig beeinflusst wird. Denn wir unterscheiden ja zwischen dem guten und dem schlechten Cholesterin. Durch regelmäßige Bewegung erhöhen sich die Werte des guten Cholesterins zumindest zum Teil – und die schlechten steigen nicht weiter an.

Was hat es mit der Trennung in gutes und schlechtes Cholesterin auf sich?

Das „gute“ Cholesterin ist das HDL, das High Density Lipoprotein, dem man eine Schutzfunktion vor Gefäßverkalkungen zuschreibt. Beim sogenannten „bösen“ Cholesterin handelt es sich um das LDL, das Low Density Lipoprotein, das die klassischen Erkrankungen Herzinfarkt, Schlaganfall und Verstopfung der Bein-

ZUR PERSON



Andreas Zeiher ist Direktor der Klinik für Kardiologie, Angiologie (Gefäß-erkrankungen) und Nephrologie (Hochdruck und Nierenleiden) am Universitätsklinikum Frankfurt.

Für seine Forschungsarbeit ist der 61 Jahre alte Mediziner bereits mit mehreren Preisen ausgezeichnet worden. pam

arterien verursacht. Die Therapiemöglichkeiten zielen vor allem auf das schlechte Cholesterin, das gute Cholesterin wird eher stiefmütterlich behandelt.

Müsste mehr Augenmerk auf die Erhöhung des guten Cholesterins gerichtet werden?

Ein niedriger HDL-Wert ist zwar epidemiologisch assoziiert mit mehr Herzinfarkten. Aber alle Medikamente, die bislang getestet wurden, stellten sich als nicht wirksam heraus, was die Vorbeugung vor einem Infarkt oder einem Schlaganfall angeht – obwohl sie das HDL zum Teil stark erhöht haben. In früheren Leitlinien wurde immer das Verhältnis zwischen guten und schlechtem Cholesterin gemessen. Das spielt heute keine Rolle mehr. Im Vordergrund stehen die LDL-Werte. Diese sollten gesenkt werden, und dafür gibt es effektive Wege.

Was sind aktuell die Grenzwerte? Die sind mittlerweile sehr straff: Bei Menschen, die schon einen Herzinfarkt erlitten haben, einen Stent implantiert bekamen oder am Herzen operiert wurden, sollte das LDL 70 Milligramm pro Deziliter nicht überschreiten. Menschen mit mehreren Risikofaktoren sollten auf unter 100 Milligramm pro Deziliter kommen.

Was macht dieses Cholesterin denn so „böse“? Das LDL macht selbst erst einmal nichts. Die schädliche Wirkung entsteht dadurch, dass es in die Gefäßwand einwandert und einen dauerhaften Entzündungsprozess unterhält. Denn in der Gefäßwand wird das LDL-Cholesterin von Entzündungszellen aufgenommen, diese überfressen sich dabei, sterben ab und bilden damit den Stimulus dafür, dass weitere Aufräumzellen anrücken. Auf diese Weise bilden sich Ablagerungen bis hin zu richtigen Engstellen, die Angina pectoris oder einen Herzinfarkt verursachen können. Die Behandlung zielt darauf ab, dass weniger LDL-Cholesterin in die Gefäßwand einwandern kann.

Der Herzchirurg Axel Haverich aus Hannover hat jüngst die

Theorie aufgestellt, dass nicht Fette aus dem Blut, sondern Versorgungsstörungen an der Gefäßaußenwand zu Arterienverkalkung führen. Was halten Sie von dieser These?

Cholesterin kommt sowohl durch das Blut in die Gefäßwand als auch durch die kleinen Gefäße, die diese selbst versorgen. Tatsache ist aber, dass die Ablagerungen vor allem an den Innenkurven entstehen, das spricht dafür, dass sie vom Blutfluss kommen. Man kann sich das wie bei einem großen Strom, etwa dem Mississippi, vorstellen, wo sich Schlamm und Geröll auch in den Kurven sammeln.

Ab wann sollte man Medikamente zur Senkung des Cholesterinspiegels einnehmen? Diese Mittel sind ja nicht unumstritten, die Kritik lautet, dass sie zu häufig und oft unnötig verschrieben wurden.

Das hängt vom Risikoprofil jedes Einzelnen ab, danach sollte sich sinnvollerweise auch die Behandlung richten. Meiner Ansicht nach liegt die Ursache der ganzen Cholesterinkontroverse darin begraben, dass nicht klar definiert wurde, wer Medikamente zur Senkung des Spiegels braucht. Mit Ausdauersport etwa lässt sich der LDL-Wert um etwa zehn bis 15 Milligramm, vielleicht auch mal um 20 Milligramm senken. Alleine reichen eine ausgewogene Ernährung und Bewegung aber ab einem bestimmten Risiko nicht mehr aus, da kommt man ohne Medikamente nicht weiter. Aber ich bin absolut dagegen, sie im Trinkwasser zu verteilen, wie manche es schon gefordert haben.

Woher kenne ich mein persönliches Risikoprofil?

Das kann sich jeder selbst erstellen. Tabellen kann man im Internet runterladen, es gibt sie bei der europäischen oder deutschen Herzgesellschaft und in allen Selbsthilfegruppen. Spätestens mit 40 sollte man beim Hausarzt den Cholesterinwert bestimmen lassen, bei Menschen, deren Eltern unter einem angeboren hohen Wert, einer Hypercholesterinämie, leiden, sollte das bereits im Kindesalter geschehen.

Welche Faktoren beeinflussen das persönliche Risikoprofil?

Zunächst einmal Geschlecht und Alter. Männer haben in jüngeren Jahren ein höheres Risiko, Frauen holen nach der Menopause auf. Generell steigt das Risiko ab einem Alter von 55 bis 60 Jahren. Dazu kommen dann noch die klassischen Faktoren wie Bluthochdruck, Rauchen, Diabetes und Übergewicht. Steigt das Risiko in den nächsten zehn Jahren ein Ereignis zu erleiden, auf über zehn Prozent, sollte man den Risikofaktor, den man am leichtesten

beeinflussen kann, medikamentös senken. Das ist das Cholesterin.

Welche Mittel sind dafür geeignet?

Wenn das Ziel unter 70 Milligramm pro Deziliter sein muss, erreicht man das eigentlich nur mit zwei bestimmten Statinen: mit Atorvastatin und Rosuvastatin. Eine schwächere Wirkung hat Simvastatin, das am häufigsten verschriebene Medikament. Statine nehmen Einfluss auf ein Enzym in der Leber und blockieren die Synthese des LDL-Cholesterins. Über einen anderen Mechanismus wirkt Ezetrol, es verhindert die Aufnahme von Cholesterin im Darm. Dieses Mittel kann auch mit Statinen kombiniert werden. Außerdem gibt es ein neues Medikament, das Menschen mit angeboren hohem Cholesterinspiegel vorbehalten ist. Dieser Wirkstoff hat den Namen PCSK9-Hemmer und muss alle zwei Wochen gespritzt werden. Er

lässt die Werte rasant fallen, auf bis zu 20 Milligramm pro Deziliter.

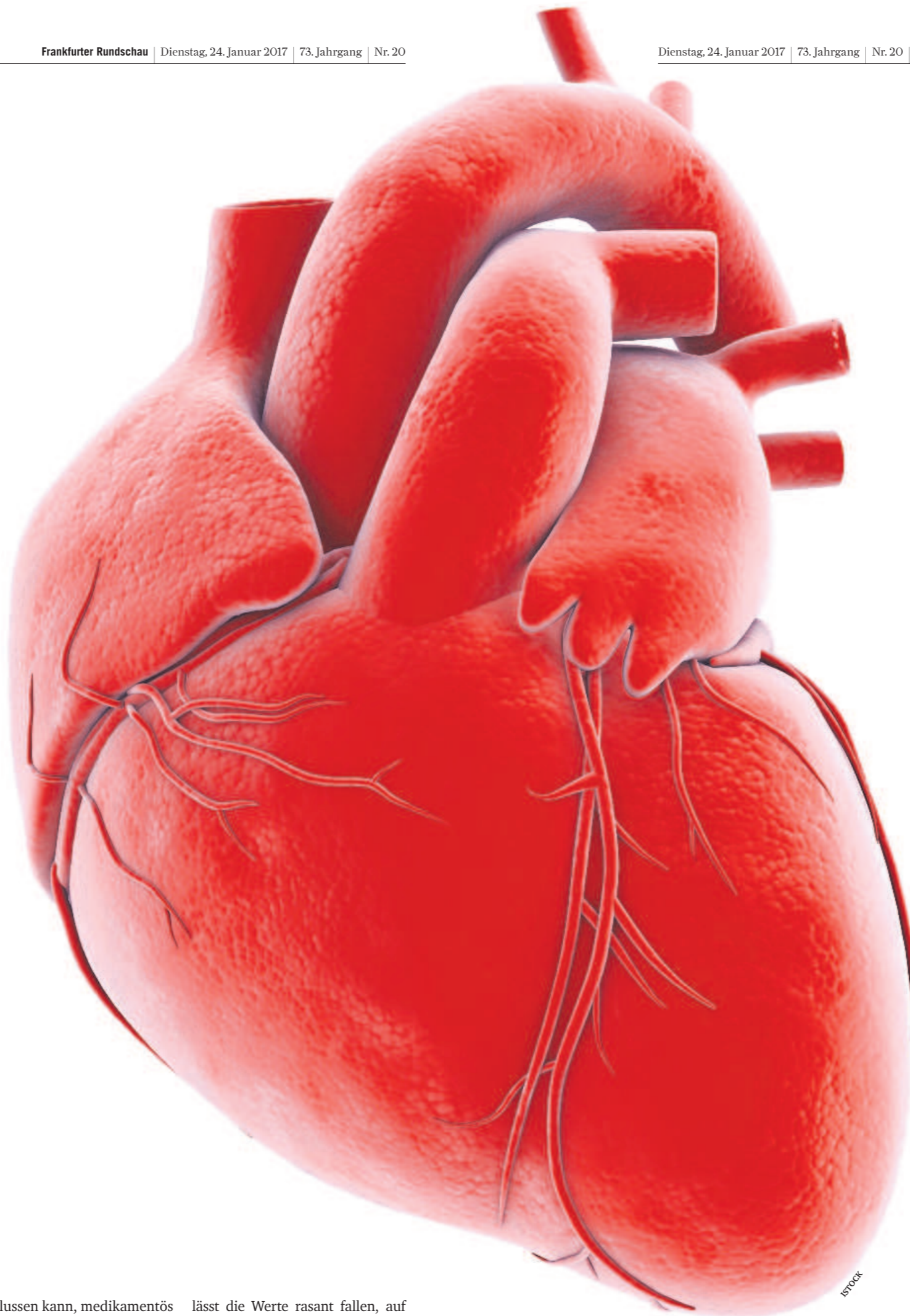
Welche Nebenwirkungen sind bei der Einnahme dieser Medikamente zu befürchten?

Bei 10 bis 15 Prozent der Patienten kommt es zu Muskelschmerzen. Sie machen es notwendig, die Tabletten abzusetzen. In seltenen Fällen kann auch die Leber geschädigt werden. Bei den erst 2016 zugelassenen PCSK9-Hemmern weiß man noch nicht, wie gut es ist, das Cholesterin so stark zu senken.

Was ist mit pflanzlichen Mitteln, die ja vielfach beworben werden?

Sie können nicht schaden und sind bei Menschen, die keine hohe Risiko für eine Gefäßverkalkung haben, durchaus sinnvoll. Aber ab einem gewissen Risiko helfen sie nicht mehr.

Interview: Pamela Dörhöfer



Herz aus dem Takt

Vorhofflimmern erhöht das Risiko für einen Schlaganfall

Von Pamela Dörhöfer

Vorhofflimmern ist ein Leiden des Herzens – doch das Hauptaugenmerk bei der Therapie liegt auf einem anderen Organ: „Preserve the brain“, erhalte das Gehirn, so laute das wichtigste Ziel, sagt Stefan Hohnloser, Kardiologe am Universitätsklinikum Frankfurt. Die Behandlung sei deshalb vor allem darauf ausgerichtet, einen Schlaganfall zu verhindern – denn darin bestehe die größte Gefahr. Andreas Zeiher, Direktor der Klinik für Kardiologie, Angiologie und Nephrologie an der Frankfurter Uniklinik, geht davon aus, dass ein großer Teil aller Schlaganfälle im Alter durch Vorhofflimmern verursacht wird.

Woher dieser Zusammenhang? „Das Problem ist es, dass im akuten Fall die Vorhöfe nicht mehr so wie bei einem gesunden Menschen ihre mechanische Arbeit verrichten“, betont Stefan Hohnloser: „Sie flimmern tatsächlich, das ist etwa so, also wenn meine Hand zittert. Dadurch wird das Blut nicht mehr richtig in die Herzkammern befördert, es bleibt in den Vorkammern stehen, und immer, wenn Blut stehen bleibt, gerinnt es.“

Setze die mechanische Aktivität dann wieder ein, so könne ein solches Gerinnsel abreißen, ins Gehirn gelangen und einen Schlaganfall auslösen – der häufig besonders schwer ausfalle: „Meistens bilden sich beim Vorhofflimmern große Gerinnsel, die wie eine Splitterbombe wirken und viele Bereiche schädigen können.“ Das zweite große Risiko bestehe darin, dass sich mit der Zeit eine Pumpschwäche entwickle, „denn bei den meisten Patienten mit Vorhofflimmern schlägt das Herz in einem beschleunigten Rhythmus, und das ist auf die Dauer anstrengend“.

Nicht alle haben Beschwerden

Stefan Hohnloser ist Spezialist für Vorhofflimmern, bei den Rhein-Main-Herztagen wird er aktuelle Studiendaten und die neuen Leitlinien der European Society of Cardiology, der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie, vorstellen. Vorhofflimmern ist die häufigste Form von Herzrhythmusstörungen und ist gekennzeichnet durch eine unregelmäßige, häufig zu schnelle Herzfrequenz. Experten schätzen, dass in Deutschland zwischen 600.000 und eine Million Frauen und Männer darunter leiden, das Risiko steigt mit dem Alter: „Etwa zwei Prozent der 60- bis 70-Jährigen sind betroffen“, sagt Stefan Hohnloser, „bei den über 80-Jährigen ist es jeder zehnte“. Aber auch schon deutlich jüngere Menschen können Probleme mit Vorhofflimmern haben. Begünstigt wird dieses durch Bluthochdruck und Fettleibigkeit – „allerdings bedeuten eine Gewichtsabnahme und ein gut eingestellter Blutdruck nicht, dass die Störungen dann nicht weiter auftreten.“

Vorhofflimmern ist eine Erkrankung mit vielen Gesichtern, manch einer spürt kaum etwas oder gar nichts, andere haben fast ständig Beschwerden und sind ihrer Lebensqualität stark beein-

trächtigt. Experten unterscheiden verschiedene Stufen: „Das anfallsweise Vorhofflimmern äußert sich unter Umständen nur mit ein bis zwei Attacken im Jahr“, sagt Hohnloser, „die Patienten merken es meist, wenn es kommt und wenn es geht, denn es sind die Übergänge, die Beschwerden verursachen.“ Diese leichtere, „paroxysmal“ genannte Form kann allerdings übergehen in die „persistierende“ mit häufiger wiederkehrenden Attacken, bei denen sich das Herz oft nur mit Hilfe von außen, durch bestimmte Medikamente oder Elektroschocks zurück in den richtigen Takt bringen lässt. Die dritte Stufe schließlich ist das permanente Vorhofflimmern, bei dem der Rhythmus ständig gestört ist. In der Praxis verhalte es sich häufig so, dass ein anfallsartiges Leiden in ein persistierendes und dann in ein permanentes übergehe, sagt Hohnloser; zwingend sei dieser Verlauf aber nicht.



Stefan Hohnloser, Kardiologe am Uniklinikum Frankfurt

Ein typisches Symptom der Erkrankung ist vor allem Herzrasen, dabei gilt: Je höher die Pulsfrequenz, desto heftiger spüren es die Patienten meist auch. Auch diffuser Druck auf der Brust und eine mangelnde Belastbarkeit vor allem bei kurzfristiger Anstrengung können auf die Erkrankung hindeuten. Manche Patienten schwitzen verstärkt oder sind müde – Beschwerden, die vom vegetativen Nervensystem herrühren, da der Sympathikus, einer der beiden großen Nerven, durch das Flimmern gereizt werde, wie Andreas Zeiher erläutert.

Auch mit eisigen Temperaturen lassen sich reizleitende Strukturen veröden. Das geschieht mit einem Kryoballoonkatheter. Im linken Vorhof angekommen, wird der Ballon im Bereich der Mündungen der Pulmonalvenen aufblasen und mit einem gasförmigen Kühlmittel gefüllt. An den Stellen, an denen er Kontakt mit dem Herzgewebe hat, wird dieses verödet und verliert seine elektrische Leitfähigkeit.

Die Komplikationsrate bei all diesen Eingriffen beziffert Stefan Hohnloser auf etwa vier Prozent, er rät Patienten aber dringend,

sich in einem spezialisierten Zentrum behandeln zu lassen und vorher in verschiedenen Häusern zu informieren. Und auch das muss man wissen: Nicht selten reicht eine Prozedur nicht aus, um die Beschwerden zu beseitigen, in diesem Fall muss die Operation wiederholt werden; allerdings gelingt es auch dann nicht immer. Bei anfallsartigem Vorhofflimmern sind die Erfolgsraten höher als in späteren Stadien, Stefan Hohnloser beziffert sie mit 80 bis 85 Prozent. Nach der Operation müssen die blutverdünnenden Medikamente noch einige Zeit eingenommen werden, um Gerinnsel zu verhindern. Patienten mit erhöhtem Risiko für einen Schlaganfall sollten sie am besten dauerhaft einnehmen.