

Statine: 18 Irrtümer

Statine sind ein brisantes Thema: Wohl über kein anderes Medikament wird schon so lange und so heftig diskutiert wie über sie. Auf häufige Fragen, die sich zu den Cholesterinsenkern stellen, wollen wir Ihnen hier Antworten geben.

von **Thomas Meinertz**

Statine gehören weltweit zu den am meisten verordneten Medikamenten. Aber es gibt kaum Medikamente, die auf so viel Skepsis stoßen. Unter Patienten und in der Öffentlichkeit sind Irrtümer weitverbreitet. Sie führen zum falschen Umgang mit Statinen. Es kommt sogar dazu, dass Menschen, die zum Schutz vor Herzinfarkt und Schlaganfall Statine einnehmen sollten, sie ablehnen. Mit 18 häufigen Irrtümern beschäftigt sich der folgende Text.

FALSCH

Dass Statine günstige Wirkungen haben, ist bis heute unbewiesen. Die weltweit verbreitete Therapie mit Statinen ist ein großer Bluff, der nichts anderes bewirkt, als der Pharmaindustrie enorme Gewinne zu verschaffen.

RICHTIG

Ja, die Pharmaindustrie ist daran interessiert, Statine zu verkaufen.

Aber: Es ist eindeutig bewiesen, dass erhöhtes LDL-Cholesterin die Entwicklung der Arteriosklerose (Arterienverkalkung) und damit Herzinfarkt und Schlaganfall fördert. Die Statine senken das LDL-Cholesterin und hemmen dadurch die Entstehung und Verschlimmerung einer Arteriosklerose. So schützen sie vor Herzinfarkt und Schlaganfall.

Seit die „Scandinavian Simvastatin Survival Study“ im Jahr 1994 in einer Studie mit 4444 Patienten nachgewiesen hat, dass das Statin Simvastatin gegen den Herzinfarkt wirkt, hat eine große Zahl wissenschaftlicher Studien mit verschiedenen Statinen diesen Effekt gegen Herzinfarkt und Schlaganfall bestätigt.

Zum Beispiel haben die „Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaborators“ im Jahr 2012 die Ergebnisse von 27 wissenschaft-

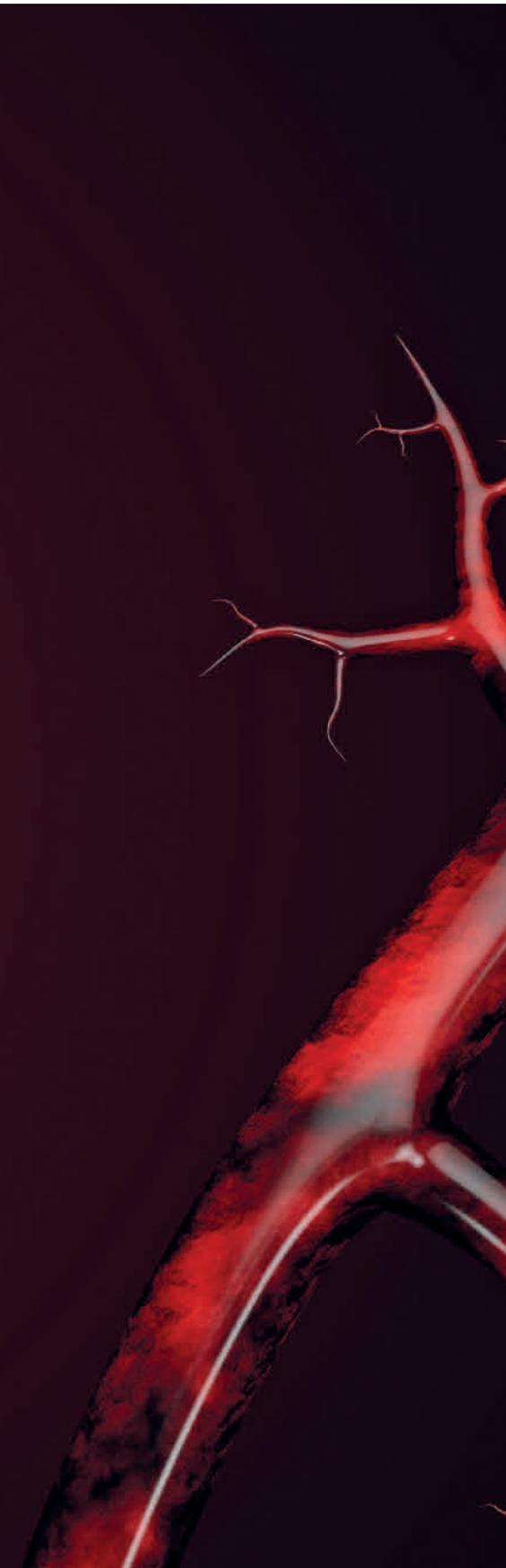


Abbildung: shutterstock/Victor Jovan

lichen Studien zusammengefasst, an denen mehr als 170 000 Patienten fünf Jahre lang teilnahmen. Eine Behandlung mit Statinen, die das LDL-Cholesterin um 1 mmol/l (etwa 40 mg/dl) senkte, verringerte das Risiko für Herzinfarkt, Tod durch Herzinfarkt, Schlaganfall und für die Notwendigkeit einer Stentbehandlung oder einer Bypassoperation um etwa 20 Prozent.

FALSCH

Manche Menschen mit hohem Cholesterin werden sehr alt, ohne je ein Statin eingenommen zu haben. Das zeigt, dass man auf Statine verzichten kann.

RICHTIG

Es gibt Menschen, die trotz hohen Cholesterins unbehandelt sehr alt werden. Aber sie sind die Ausnahme. Damit ist nichts bewiesen.

Ein berühmter Ausnahmefall: Der ehemalige Bundeskanzler Helmut Schmidt wurde trotz Kettenrauchens 96 Jahre alt. Das beweist nicht, dass Rauchen ungefährlich ist. In Deutschland sterben jedes Jahr mehr als 120 000 Menschen am Rauchen.

FALSCH

Die einzige Wirkung der Statine ist die Senkung des LDL-Cholesterins.

RICHTIG

Statine senken das LDL-Cholesterin und schützen dadurch vor Herzinfarkt und Schlaganfall. Vieles spricht dafür, dass sie zusätzlich die Plaques, die cholesterinhalten Auflagerungen in den Gefäßen, stabilisieren und auch dadurch vor Herzinfarkt und Schlaganfall schützen.

FALSCH

Statine senken die LDL-Konzentration und damit auch den Calciumgehalt in den Herzkranzgefäßen, den sogenannten Calcium-Score.

RICHTIG

Der Calciumgehalt in den Herzkranzgefäßen wird nicht gesenkt, der Calcium-Score verbessert sich nicht.

FALSCH

Eine Senkung des erhöhten LDL-Cholesterins lässt sich ebenso gut durch eine gesunde Ernährung erreichen.

RICHTIG

Gesunde Ernährung gehört ebenso wie tägliche Bewegung, ausreichend Entspannung, Verzicht auf Rauchen zu einem gesunden Lebensstil, der bei allen Herzkrankheiten und ihrer Vorbeugung unverzichtbar ist. Aber wenn zusätzlich zum hohen Cholesterin andere Risikofaktoren wie Bluthochdruck, Diabetes, Übergewicht hinzukommen oder gar eine koronare Herzkrankheit beziehungsweise andere arteriosklerotische Erkrankungen bereits aufgetreten sind, reicht ein gesunder Lebensstil nicht aus. Dann müssen cholesterinsenkende Medikamente eingesetzt werden.

FALSCH

Alle Statine wirken gleich. Sie unterscheiden sich lediglich in der Dosierung.

RICHTIG

Der Wirkungsmechanismus aller Statine ist zwar gleich, die Wirkungsstärke jedoch nicht. Nicht nur bezüglich der Dosis, sondern auch in Bezug auf den maximal erreichbaren Effekt unterscheiden sich die Statine.

Die stärkste Senkung des LDL-Cholesterins lässt sich durch Atorvastatin und Rosuvastatin erzielen.

FALSCH

Statine sind die einzigen Medikamente, mit denen sich eine effektive Senkung des LDL-Cholesterins erreichen lässt.

RICHTIG

Eine effektive Senkung des LDL-Cholesterins lässt sich auch durch Ezetimib und die PCSK9-Hemmer (Evolocumab, Alirocumab) erreichen, die alle zwei Wochen unter die Haut gespritzt werden.

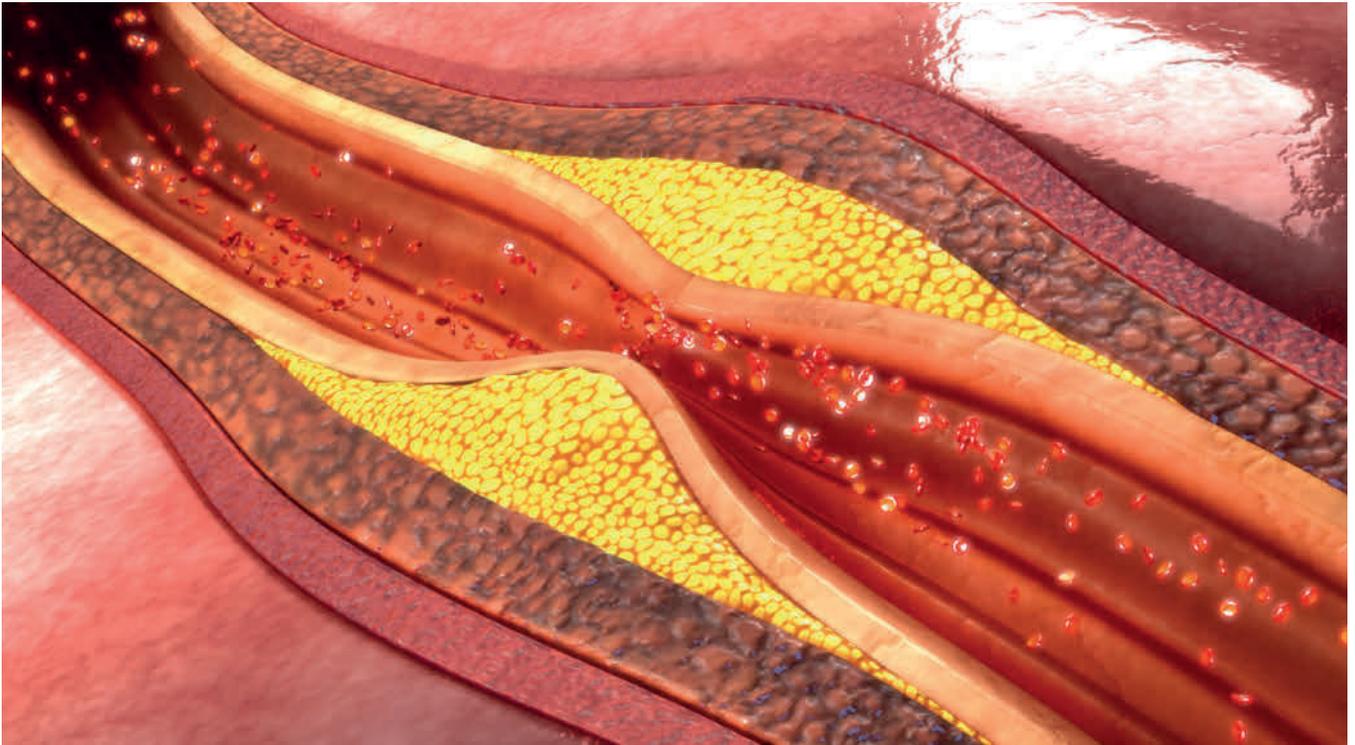
FALSCH

Statine können nicht mit Ezetimib und PCSK9-Hemmern kombiniert werden.

RICHTIG

Statine können ohne Weiteres mit Ezetimib und PCSK9-Hemmern kombiniert werden, beispielsweise, wenn Statine allein eine ausreichende Cholesterinsenkung nicht erreichen.

Eine Kombination von Statinen mit dem Fibrat Gemfibrozil sollte vermieden werden, weil es das Risiko von Nebenwirkungen der Statine erhöht. Die Kombination



Statine senken den Cholesterinspiegel und schützen vor Herzinfarkten und Schlaganfällen. Vieles spricht dafür, dass sie auch die „Plaques“ stabilisieren: gefährliche Ablagerungen, die Gefäße verengen.

mit anderen Fibraten (Bezafibrat, Fenofibrat), die häufig für die Senkung von Triglyceriden verordnet werden, ist möglich, weil das Risiko von Nebenwirkungen damit gar nicht oder nur minimal erhöht wird.

FALSCH

Statine können ohne Bedenken mit anderen Medikamenten zusammen eingenommen werden.

RICHTIG

Es gibt Wechselwirkungen zwischen Statinen und anderen Medikamenten. Zum Beispiel kann die Kombination von Statinen mit den Calciumantagonisten Verapamil, Diltiazem, Amlodipin, dem Rhythmusmedikament Amiodaron, den Antibiotika Erythromycin und Clarithromycin das Risiko von Muskelbeschwerden erhöhen. Umgekehrt können Statine die Wirkung anderer Medikamente beeinflussen.

In jedem Einzelfall muss der Arzt entscheiden, ob die Kombination zwingend notwendig ist.

Bekannt ist die Wirkung von Grapefruit und Grapefruitsaft auf bestimmte Medikamente. Bei den Statinen besteht sie nur bei Simvastatin, Atorvastatin, Lovastatin.

Bei der Einnahme dieser Statine sollte wegen des erhöhten Risikos für Muskelbeschwerden auf Grapefruit und Grapefruitprodukte verzichtet werden. Dagegen sind Rosuvastatin, Pravastatin und Fluvastatin mit Grapefruit und Grapefruitprodukten vereinbar.

FALSCH

Um die gewünschte LDL-Cholesterinsenkung zu erreichen, sollte jedes Statin schrittweise bis zur höchsten zugelassenen Dosis gesteigert werden.

RICHTIG

Mit Zunahme der Dosierung steigen auch die Häufigkeit und der Schweregrad der Nebenwirkungen von Statinen. Es ist daher sinnvoll, die höchste zugelassene Dosis zu vermeiden (zum Beispiel bei Atorvastatin 80 Milligramm und bei Rosuvastatin 40 Milligramm) und schon bei niedrigerer Dosierung mit Ezetimib zu kombinieren.

FALSCH

Gegen die Einnahme von Statinen sprechen die erheblichen Nebenwirkungen.

RICHTIG

Statine werden im Allgemeinen gut vertragen. Die häufigste Nebenwirkung, insbesondere bei hoher Dosierung, sind Muskelschmerzen in Oberschenkeln, Oberarmen und im Schultergürtel. In Beobachtungsstudien, die auf Berichten von Patienten beruhen, traten Muskelbeschwerden bei fünf bis zehn Prozent auf. In wissenschaftlichen Studien, in denen Statine mit einem Scheinmedikament (Placebo) verglichen wurden, wurde diese Zahl nicht bestätigt, sie lag bei einem Prozent.

Bei dauernden Muskelbeschwerden muss das Enzym Creatinkinase (CK) kontrolliert werden. Ausschlaggebend ist der vom untersuchenden Labor angegebene Normbereich.

Ist Creatinkinase über das Vierfache der oberen Grenze des Normwerts erhöht, sollte das Statin abgesetzt und eine Behandlungspause eingelegt werden.

Die schwerste Nebenwirkung der Statine ist Muskelverfall, Rhabdomyolyse. Sie tritt sehr selten auf: Es sind schätzungsweise ein bis drei Fälle, wenn 100 000 Patienten Statine ein Jahr lang einnehmen. Die Rhabdomyolyse lässt sich wegen sehr starker Muskelschmerzen, ausgeprägter Muskelschwäche, wegen des bräunlich gefärbten Urins, auch durch Fieber, Unwohlsein und Erbrechen frühzeitig erkennen. Der Laborwert für die Creatinkinase ist dann um mehr als das Zehnfache bis über das Vierzigfache erhöht.

Nach einer Rhabdomyolyse ist die Behandlung mit Statinen für immer ausgeschlossen.

FALSCH

Wenn ein Statin wegen dauernder Muskelschmerzen abgesetzt werden muss, ist die Statintherapie zu Ende.

RICHTIG

Da die Patienten auf die verschiedenen Statine unterschiedlich reagieren, kann man bei Muskelschmerzen nach einer Pause von etwa sechs Wochen auf ein anderes Statin ausweichen. Ist das erfolglos, kann man testen

– mit einer sehr niedrigen Dosis beginnend –, was die höchste Statindosis ist, die der Patient verträgt. Wenn damit das LDL-Cholesterin nicht ausreichend gesenkt wird, kann Ezetimib oder ein PCSK9-Hemmer zusätzlich gegeben werden.

FALSCH

Statine können die Entstehung eines Diabetes begünstigen. Bei Patienten, deren Herz-Kreislauf-Risiko niedrig ist, kann das Risiko, an Diabetes zu erkranken, den möglichen Nutzen einer Verminderung der Arteriosklerose überwiegen.

RICHTIG

Statine sollten nach den Leitlinien der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie eingesetzt werden. Diese Leitlinien berücksichtigen, dass Statine zu einer minimalen Verschlechterung der Glukosetoleranz des Patienten führen können. Trotzdem bewirken Statine gerade beim Vorstadium von Diabetes und bei schon vorhandenem Diabetes und gleichzeitiger Erhöhung des LDL-Cholesterins einen deutlich größeren Nutzen als Schaden.

FALSCH

Statine können zu geistiger Verwirrung führen.

RICHTIG

Zwischen geistiger Verwirrung und Statinen gibt es keinen Zusammenhang.

FALSCH

Statine sollten nur bis zum 70. Lebensjahr eingenommen werden. Ab diesem Alter ist nicht mehr mit einem wesentlichen Nutzen der Statine zu rechnen.

RICHTIG

Statine schützen Patienten mit koronarer Herzkrankheit und anderen arteriosklerotischen Erkrankungen auch im Alter über 75 Jahren vor Herzinfarkt und Schlag-

WIRKSTOFF- UND HANDELSNAMEN

In diesem Text werden die Wirkstoffe der Statine genannt, zum Beispiel „Simvastatin“ oder „Rosuvastatin“. Die Namen der Medikamente, die Ihnen der Arzt verordnet hat, lauten anders. So kann Rosuvastatin in der Apotheke „Rosuhexal“, Ezetimib kann „Ezetrol“ heißen. Beide Medikamente können auch andere Namen haben. Die Wirkstoffe finden Sie in den ersten Zeilen des Beipackzettels des verordneten Medikaments oder im Internet in der Gelben Liste unter www.gelbe-liste.de/datenbanken.

anfall. Ob die Einnahme von Statinen im Alter von über 75 Jahren zur Vorbeugung dieser Erkrankungen sinnvoll ist, ist unklar. Diese Frage wird zurzeit in der australischen STAREE-Studie „Statin therapy for Reducing Events in the Elderly“ untersucht.

FALSCH

Statine sollten abends eingenommen werden, da LDL-Cholesterin vor allem nachts gebildet wird.

RICHTIG

LDL-Cholesterin wird tatsächlich vor allem nachts gebildet. Statine der ersten Generation haben nur eine geringe Wirkungsdauer und sollten daher vorzugsweise in den Abendstunden eingenommen werden. Das gilt für Simvastatin, das am häufigsten verordnete Statin, für Pravastatin und Fluvastatin.

Die hochwirksamen neueren Statine – Atorvastatin und Rosuvastatin – haben dagegen eine deutlich längere Wirkungsdauer und können ohne Wirkungsverlust zu jeder Tages- und Nachtzeit eingenommen werden. Allerdings sollte man sich auf einen bestimmten Zeitpunkt festlegen, damit die Einnahme zur Routine wird.

FALSCH

Bei der Behandlung mit Statinen gilt: Je niedriger das LDL, desto besser.

RICHTIG

Ganz so einfach ist es nicht. Diese Behauptung ist eine Reaktion auf die neuen europäischen Leitlinien (2019) zur Behandlung von Fettstoffwechselstörungen. Diese Leitlinien haben die bisher gültigen Zielwerte für die Cholesterintherapie verschärft. Für Patienten mit koronarer Herzkrankheit, mit anderen arteriosklerotischen Erkrankungen, nach Stentbehandlung, Herzinfarkt, Bypass, nach TIA und Schlaganfall liegt jetzt der Zielwert unter 55 mg/dl (unter 1,4 mmol/l), während bisher der Wert bei unter 70 mg/dl (1,8 mmol/l) lag. Der Zielwert unter 55 mg/dl gilt auch für Menschen, die noch nicht erkrankt sind, aber aufgrund ihrer Risikofaktoren ein hohes Gesamtrisiko für Herzinfarkt und Schlaganfall haben. Das heißt aber nicht, dass alle Patienten einen Zielwert von unter 55 mg/dl erreichen sollten. Bei Patienten mit einem ausgeprägten Risikofaktor wie sehr hohem Blutdruck, Diabetes, Rauchen ist ein LDL-Wert unter 70 mg/dl (1,8 mmol/l) angezeigt, bisher unter 100 mg/dl (2,6 mmol/l).

Bei niedrigem Risiko soll ein Zielwert unter 116 mg/dl (3,0 mmol/l) erwogen werden.

Die sehr niedrigen Zielwerte für Menschen mit sehr hohem und hohem Risiko sind durch drei wissenschaftliche Studien begründet, in denen günstige Effekte der sehr niedrigen LDL-Werte nachgewiesen wurden (IMPROVE-IT, 2015; FOURIER, 2017; ODYSSEY OUTCOMES, 2018).

Aber die neuen Zielwerte gehen an der Realität vorbei. Sie sind illusionär. Viele Patienten konnten schon die Vorgaben der bisherigen Leitlinien nicht erfüllen. Infolge der Überforderung durch die neuen Zielwerte wird sich eine konsequente Statintherapie noch schwerer umsetzen lassen als bisher.

Den Patienten ist zu raten, sich Schritt für Schritt den vorgegebenen Zielwerten anzunähern, solange das ohne das Auftreten dauernder Muskelschmerzen möglich ist.

FALSCH

Jeder Mensch mit erhöhtem LDL-Cholesterin (ab 116 mg/dl) sollte mit einem Statin behandelt werden.

RICHTIG

Erhöhtes LDL-Cholesterin sollte immer behandelt werden, wenn arteriosklerotische Herz-Kreislauf-Erkrankungen bestehen oder wenn beim Gesunden erhebliche Risikofaktoren für solche Erkrankungen vorliegen. Es gibt Menschen, die trotz eines hohen LDL-Cholesterins von über 116 mg/dl bis unter 190 mg/dl nicht mit einem Statin behandelt werden sollten, weil andere Risikofaktoren, etwa Bluthochdruck, Diabetes, Übergewicht, fehlen und sie deshalb ein sehr niedriges Herz-Kreislauf-Risiko haben. Allerdings muss regelmäßig ärztlich kontrolliert werden, ob über Jahre und Jahrzehnte die anderen Risikofaktoren weiter fehlen. Denn häufig entstehen die Risikofaktoren erst im Lauf des Lebens, beispielsweise kann ein normaler, sogar ein niedriger Blutdruck sich später zu Bluthochdruck entwickeln.

Bei der Behandlung mit Statinen hängt die Entscheidung, ob und wie intensiv behandelt wird, von der jeweiligen Risikokonstellation des einzelnen Patienten ab. Dabei müssen die anderen Risikofaktoren, etwa Bluthochdruck, Diabetes, genauso konsequent behandelt werden wie hohes Cholesterin, um Herzinfarkt und Schlaganfall den Boden zu entziehen.