

Entgegnungen zum Artikel „Das Märchen vom bösen Cholesterin“ von Prof. *Roland Scholz*, *UMWELT & GESUNDHEIT* **18** 1 (2007) 13-17

Eine Entgegnung  
von Prof. *Walter Schunack*

Die Schwerpunkt-Publikation von *R. Scholz* enthält altbekannte biochemische Zusammenhänge. Die wissenschaftlichen Erkenntnisse der letzten 30 Jahre bezüglich der außerordentlichen Bedeutung von hohem LDL- und niedrigem HDL-Cholesterin für das Risiko an einer Koronaren Herzkrankheit (KHK) zu erkranken, werden völlig ignoriert. Die Publikation enthält nicht eine einzige der großen Studien, die diese Zusammenhänge wissenschaftlich unstrittig bewiesen haben. Die *Framingham Heart Study* (*T. Gordon et al.*, *Am J Med* **62** (1977) 707-14) hat erstmals eindeutig belegt, dass das KHK-Risiko mit steigendem LDL-Cholesterin sowie mit abnehmendem HDL-Cholesterin signifikant ansteigt.

Für Männer im Alter zwischen 35 und 65 Jahren lässt sich bei Kenntnis der folgenden acht Risikofaktoren (Alter, LDL, HDL, Triglyceride, systolischer Blutdruck, Rauchen, Diabetes, positive Familienanamnese) das prozentuale 10-Jahres-Herzinfarkt-Risiko nach PROCAM ([www.chd-taskforce.com/pdf/sk\\_procam\\_07d.pdf](http://www.chd-taskforce.com/pdf/sk_procam_07d.pdf)) berechnen. Dabei erwies sich ein hohes LDL-Cholesterin als der mit Abstand wichtigste modifizierbare Risikofaktor. Auf den nächsten Plätzen folgten niedriges HDL, Rauchen und erhöhter systolischer Blutdruck.

Der klinische Nutzen einer Senkung des LDL-Cholesterins mit Statinen konnte sowohl im Rahmen der Sekundärprävention, also an Patienten mit Angina pectoris beziehungsweise nach überlebtem Herzinfarkt, zum Beispiel in der 4S-Studie sowie in der LIPID-Studie, als auch im Rahmen der Primärprävention, also an Patienten mit Hypercholesterinämie aber ohne klinische Symptomatik, zum Beispiel in der WOSCOP-Studie sowie in der AFCAPS-Studie belegt werden.

In der 4S-Studie wurden 4.444 Patienten mit Koronarer Herzkrankheit 5,4 Jahre mit 20-40 mg Simvastatin behandelt. Durch diese Therapie konnte im Vergleich zur Placebogruppe die Gesamtmortalität um 30 %, die kardiale Mortalität sogar um 42 % gesenkt werden. In der LIPID-Studie wurden sogar 9.014 KHK-Patienten über 6 Jahre mit 40 mg Pra-

vastatin behandelt. Durch diese Therapie konnte im Vergleich zur Placebogruppe die Gesamtmortalität um 23 %, die kardiale Mortalität um 24 % gesenkt werden.



**Abbildung 1: Streitpunkt medikamentöse Cholesterinsenkung**

Dazu die wörtliche Stellungnahme von *R. Scholz*: „Die medikamentöse Intervention mit Statinen ist eine riskante Laborkosmetik, keine präventive Maßnahme, erst recht keine Therapie!“

Leider ist Herrn *Scholz* auch die Heart Protection Study (HPS-Studie), die weltweit größte Studie einer Cholesterinsenkenenden Therapie, erkennbar unbekannt. In der HPS-Studie wurden unter Simvastatin sowohl die Gesamtmortalität als auch die kardial bedingte Mortalität hoch signifikant gesenkt. Der entscheidende Gewinn der Statin-Therapie beruht auf einer deutlichen Reduktion vaskulär bedingter Ereignisse. Tödliche und nicht tödliche Herzinfarkte wurden um 24 % gesenkt. Erstmals konnte auch eine Reduktion von Schlaganfällen, die mit 27 % in der gleichen Größenordnung wie die der kardialen Ereignisse lag, durch ein Statin belegt werden. Patienten nach Myokardinfarkt, mit Angina pectoris, mit cerebralen Ereignissen oder peripherer arterieller Verschlusskrankheit profitierten von der Statintherapie gleichermaßen wie Diabetiker oder Hypertoniker. Daher spricht derzeit alles dafür, dass eine allgemeine Senkung des LDL-Cholesterins von großem volkswirtschaftlichem Nutzen wäre.

Für die Therapie mit Lipidsenkern gibt es keine Normwerte. Vielmehr haben sich die anzustrebenden Zielwerte nach dem individuellen Risiko des Patienten zu richten. Daher definiert das National Cholesterol Education Program, Adult Treatment Panel III der USA (*S.M. Grundy et al.*, *Circulation* **110** (2004)

227-239) KHK-Risikoklassen, denen LDL-Zielwerte zugeordnet werden:

- Patienten mit manifester KHK oder äquivalentem Risiko (10-Jahres-Herzinfarktrisiko >20 %) sollten ein LDL <100 mg/dL (<2,6 mmol/L) anstreben.
- Patienten mit 2 oder mehr Risikofaktoren und einem 10-Jahres-Herzinfarktrisiko <20 % sollten ein LDL <130 mg/dL (<3,4 mmol/L) anstreben.
- Patienten ohne oder mit nur einem Risikofaktor sollten ein LDL <160 mg/dL (<4,2 mmol/L) anstreben.

Dazu der Originalton *Scholz*: „Die Cholesterin-Bestimmung ist ein überflüssiger Laborparameter“.

Auch die Tatsache, dass alle zuständigen europäischen und deutschen Fachgesellschaften (Deutsche Gesellschaft für Kardiologie, Herz- und Kreislaufforschung; Deutsche Gesellschaft für Arterioskleroseforschung; Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung von Fettstoffwechselstörungen und ihren Folgeerkrankungen (DGFF - Lipid-Liga e.V.) die außerordentliche Bedeutung von hohem LDL-Cholesterin und niedrigem HDL-Cholesterin für das Risiko an einer KHK zu erkranken und darüber hinaus an einem Herzinfarkt zu sterben, unisono verkünden, ficht Herrn *Scholz* nicht an.

Für die Lipid-Liga ist die Angelegenheit so wichtig, dass sie am bundesweiten „Tag des Cholesterins 2007“ alle Praxen, Kliniken, Apotheken, Krankenkassen, Betriebe, Ausbildungsstätten und Schulen dazu aufruft, sich mit eigenen Mess- und Informationsangeboten zu engagieren. Der 15. Juni 2007 wäre auch für Herrn *Scholz* eine gute Gelegenheit, sein medizinisches Wissen, diese Thematik betreffend, upzudaten.

Wissenschaftlich gesichertes Wissen wird von Herrn *Scholz* in Frage gestellt, statt dessen wird dem Zeitgeist folgend das hohe Lied der Antioxidantien gesungen. In zahlreichen Studien (ATBC-Studie; HOPE-Studie; Primary Prevention Project; Physician's Health Study; CARET-Studie; CHAOS-Studie) wurde versucht, die Mortalität mittels unterschiedlicher Antioxidantien zu senken. Alle Studien blieben leider ohne das erwünschte Ergebnis. In einer Metaanalyse aus 19 randomisierten kontrollierten Studien von mindestens einjähriger Dauer mit insgesamt knapp 136.000 Teilnehmern ergab sich sogar eine dosisabhängige Gefährdung durch das Antioxidans Vitamin E.

# Leserbriefe

Die Steigerung des KHK/Herzinfarkt-Risikos durch hohes LDL- und niedriges HDL-Cholesterin ist kein Märchen sondern harte Realität. Wer diese Zusammenhänge heute noch negiert, steht außerhalb der scientific community.

Prof. Dr. rer. nat. Dr. med. Dr. h.c.  
Walter Schunack  
Freie Universität Berlin  
Institut für Pharmazie  
Königin-Luise-Str. 2+4  
14195 Berlin

## Eine Entgegnung des Autors (Prof. Dr. Roland Scholz) auf die Entgegnung von Prof. Dr. Walter Schunack

Cholesterin bedroht unser Leben. Ungeachtet der Tatsache, dass die Lebenserwartung ständig steigt, lässt Cholesterin uns alle früher sterben. Das ist ein Dogma und wie bei allen Dogmen setzt sich der ins Unrecht, der es anzweifelt. Wer es „heute noch negiert, steht außerhalb der scientific community“, sagt Prof. Schunack vom Institut für Pharmazie in Berlin.

Wer ist überhaupt diese „community“? Es sind die Fachgesellschaften, die sich einem Thema verschrieben haben, deren Vertreter sich durch gegenseitiges Zitieren im Wahrheitsgehalt ihrer Hypothesen bestärken und bei deren Studien meist die Pharma- und Nahrungsmittelindustrie hilfreich im Hintergrund steht. Es sind ausschließlich epidemiologische Studien, auf die Prof. Schunack sich in seiner Entgegnung beruft. Wie fragwürdig viele sind, angefangen bei der Framingham Heart Study von 1977, hat kürzlich der schwedische Internist Uffe Ravnskov analysiert („Mythos Cholesterin, die zehn größten Irrtümer“, Hirzel-Verlag 2002). Mit Erfolg hat diese „community“ erreicht, dass die Bevölkerung verunsichert ist und in Sorge um ihren Cholesterinwert Statine schluckt, was der Pharmaindustrie satte Gewinne beschert. Aufschlussreich ist, was Prof. Schunack schreibt: „Für die Lipid-Liga ist die Angelegenheit so wichtig, dass sie am bundesweiten Tag des Cholesterins 2007 alle Praxen, Kliniken, Apotheken, Krankenkassen, Betriebe, Ausbildungsstätten und Schulen dazu aufruft, sich mit eigenen Mess- und Informationsangeboten zu engagieren.“ Schulen? Sollen etwa nun auch die Kinder der Cholesterin-Hysterie verfallen? Soll etwa auch bei ihnen, wie bei ihren Eltern, Cholesterin routinemäßig bestimmt werden?

Was war mein Anliegen beim Aufsatz in UMWELT&GESUNDHEIT? Es trifft zu, wenn Prof. Schunack schreibt, ich hätte „die altbekannten biochemischen Zusammenhänge“ beschrieben. Aber warum? Ich fürchte nämlich, dass sie vielen der Verfechter des Dogmas vom bösen Cholesterin nicht sonderlich geläufig sind. Biochemische Erkenntnisse lassen nämlich Zweifel an einer lediglich epidemiologisch begründeten Hypothese aufkommen. Zudem habe ich aufgezeigt, wo ein Eingriff in das komplexe Räderwerk der Stoffwechselregulation gefährliche Folgen haben kann. Der Lipobay-Skandal hätte aufhorchen lassen. Ich habe weiterhin die angebliche Prävention von koronarer Herzkrankheit, Herzinfarkt und Schlaganfall bei gesunden Menschen durch Senkung ihres Cholesterinwertes in Frage gestellt; es lag mir jedoch fern, die Therapie von Herzkranken zu kritisieren. Vielleicht sind bei denen die Statine tatsächlich mehr als nur eine Placebo-Medikation. Es würde mir aber leichter fallen, den angeblich positiven Ergebnissen von Studien bei Patienten nach Herzinfarkt oder Schlaganfall zu glauben, wenn hinter denen nicht auch die Pharma-Industrie stünde.

Prof. Schunack hält „eine allgemeine Senkung des LDL-Cholesterins von großem volkswirtschaftlichen Nutzen“. Falls dies durch Einschränkung des Zuckerkonsums, durch vermehrten Verzehr von Gemüse und Obst, durch Verzicht auf überkalorische Ernährung und durch vermehrte körperliche Aktivität geschieht, stimme ich ihm zu, nicht aber, wenn man zu diesem Zweck die Mehrheit der Erwachsenen zu Kranken mit einem medikamentös zu behandelnden Cholesterinwert stempelt.

Es lohnt sich, eine der zahlreichen Studien unter die Lupe zu legen und nicht nur Überschrift und Zusammenfassung zu lesen. Die meines Erachtens jüngste Studie, die die Wirksamkeit der Statine beweisen soll, erschien im August 2006 im renommierten New England Journal of Medizin, überschrieben mit „High-dose Atorvastatin after stroke or transient ischemic attack“. Als Autoren zeichnen 11 Forscher aus Dänemark, Deutschland,

Frankreich, der Schweiz und den USA. Alle geben im Kleingedruckten an, von welchen Pharmafirmen sie Beratungs- und Vortragshonorare und Forschungsgelder erhielten, darunter ohne Ausnahme von Pfizer, dem Hersteller von Atorvastatin. Einige geben sogar an, Pfizer-Aktien zu haben. Sie bedanken sich bei 16 Pfizer-Mitarbeitern für deren Beitrag an der Studie.

Das Schicksal von 4.700 Patienten im mittleren Alter von anfangs 63 Jahren, die zuvor einen Schlaganfall überlebt hatten, wurde fünf Jahre lang verfolgt. Die eine Hälfte erhielt Atorvastatin (Pfizer), die andere ein Placebo. In der Placebo-Gruppe erlitten 311 Patienten (13 %) einen weiteren Schlaganfall, in der Atorvastatin-Gruppe jedoch nur 265 (11 %). Im Verlauf des Beobachtungszeitraums verstarb in beiden Gruppen zwar nahezu die gleiche Anzahl von Patienten (211 Placebo, 216 Atorvastatin), in der Placebo-Gruppe jedoch mehr an Herzinfarkt und Schlaganfall (98+41) als in der Atorvastatin-Gruppe (78+24), dafür weniger an anderen Ursachen.

Schlussfolgerung: „80 mg of atorvastatin per day reduced the overall incidence of strokes and cardiovascular events.“

Ich frage: Rechtfertigt solch ein Ergebnis die vorsorgliche Behandlung fast aller Erwachsenen mit Statinen? Wo liegt der „große volkswirtschaftliche Nutzen“, von dem Prof. Schunack in seiner Entgegnung schreibt?

Prof. Dr. med. Roland Scholz, Gauting

**Anmerkung des Herausgebers:** Da uns das Thema „Cholesterin“ sehr wichtig erscheint, werden der Disput um den Artikel (Heft 1-2007) von Professor Scholz (Gauting) und die Kommentare von Professor Schunack (Berlin) ungekürzt veröffentlicht, mit Fortsetzung in der nächsten U&G 3-2007. Ungeachtet unserer Meinung bedanken wir uns für diese Beiträge und freuen uns über das lebendige Forum in unserer Zeitschrift.



**DAS grüne BRANCHENBUCH**  
Nordrhein-Westfalen

Gezond Essen & Trinken  
Regional und ökologisch

Bauen & Wohnen  
Natürlich und komfortabel

Zukunft der Energie  
Verfahren für erneuerbare Energien

Gesundheit,  
Kinder, Kosmetik,  
Naturtextilien ...

Mit Sonderteil  
nachhaltig Wirtschaften

**BUCHTIPP**

Die neue Ausgabe des grünen Branchenbuches für Nordrhein-Westfalen enthält mehr als 4000 Adressen, die Ihnen helfen, Ihr Leben gesund und umweltgerecht zu gestalten - für mehr Lebensqualität mit nachhaltig erzeugten Produkten und Dienstleistungen aus der Region, die die Umwelt schonen. Der Branchenteil führt Sie von A bis Z durch das Spektrum ökologischer Produkte und Dienstleistungen mit vielen zusätzlichen Infos und Tipps. Diesmal mit 62 Seiten Sonderteil „Nachhaltig Wirtschaften in Deutschland - Unternehmen sichern Zukunft“. Weitere aktuelle Regionalausgaben s. unten

176 Seiten, ISBN 3-932309-23-5, 3,00 €

**GUTSCHEIN**

Bitte gewünschte Ausgabe(n) ankreuzen, mit Ihrer Adresse und € 1,45 Porto pro Buch an uns senden.

Hamburg/Schleswig-Holstein  Berlin/Brandenburg  
 Nordrhein-Westfalen  Niedersachsen/Bremen

Verlag Das grüne Branchenbuch  
Laabaker Str. 9 • 22867 Trarup/Tel. 04532-21402  
Fax: 04532-22077 • www.die-gruene-suchmaschine.de  
service@die-gruene-suchmaschine.de

Stellungnahme zu dem Artikel „Umweltbezogene Körperbeschwerden aus der Sicht der psychosomatischen Dermatologie“ von Prof. Klaus-Michael Taube, UMWELT & GESUNDHEIT 18 1 (2007)

Schon der Begriff der Umweltmedizin ist absurd. Eine Medizin für die Umwelt?! Es ist wohl unstrittig dass die Natur (Umwelt) krank ist; mit allen negativen Auswirkungen. Und zwar für alle. Es wird trotz der sichtbaren Auswirkungen; Stürme, Veränderungen bei den Jahreszeiten und Pflanzen etc., von vielen Menschen immer noch nicht zur Kenntnis genommen. Schlimmer noch, so werden Diejenigen oft und gern zitiert die sagen, alles gar nicht so schlimm, das hat es auch früher schon gegeben.

Der Begriff psychosomatische Dermatologie ist wieder so eine Worthülse mit der kranke Menschen in eine Schublade gesteckt werden. Wenn der Hautarzt nichts findet, er ist kein Internist, dann gibt es das nicht. Dabei wird in schöner Regelmäßigkeit vergessen, dass die Haut ihre Schutzfunktion als Barriere bei einem großen Teil der Menschen verloren hat. Es gibt leider viele Substanzen welche die Haut durchlässig für die Schadstoffe und Allergene werden lässt.

In der Umweltmedizin (der Einfachheit halber) geht es eben nicht um „Beschwerden“, sondern um Erkrankungen hervorgerufen durch Biozide, erhöhte Allergenität durch die Veränderungen der Pflanzen, die Gentechnik, der massive Einsatz von Enzymen, um nur einige zu nennen. Das sind die tatsächlichen Störungen. Umweltängste sind kein Krankheitsbild und gefördert wird da auch nichts.

Was das Wissen für den Arzt bedeutet? Zunächst sollte sich Arzt Wissen aneignen. Das ist, ich gebe es gern zu, schwierig weil die wissenschaftlich fundierten Informationen sehr umfangreich sind.

Eine „Amalgamphobie“? Mir sind nur die Allergien auf Metallsalze und die toxischen Belastungen bekannt. Die Auswirkungen sind bei allen erkrankten Menschen unterschiedlich.

Wie sollte ein Arzt mit den Menschen umgehen? Er ist als Mediziner gehalten ihm zu glauben, ihn nicht lächerlich zu machen und ihn nicht in eine Schublade zu stecken. Ist dieser Arzt mit seinem Wissen am Ende sollte er das auch sagen und gemeinsam mit dem Patienten die

Ursache der Erkrankungen herauszufinden.

*Psychosomatische Dermatologie als ganzheitliches Herangehen bei Hautkrankheiten?* Es wird wieder nur von der Haut gesprochen. Wo ist denn der Mensch, dem die Haut gehört? Wenn bei einem Drittel der Menschen mit Hauterkrankungen psychische Störungen vorhanden sind, heißt das nicht dass diese Personen psychisch krank sind. Eine gut sichtbare Krankheit ruft bei vielen Hautgesunden Menschen eine deutliche Abwehrreaktion hervor. Bei dem Erkrankten Stress. Dieses hat aber nicht mit der Ursache der Krankheit zu tun.

*Die Schuppenflechte oder die Neurodermitis als psychosomatische Hauterkrankung?!* Die Studien erklären nichts und Frauen werden wohl auch eher an Äußerlichkeiten gemessen. Psychische und psychiatrische Krankheiten sind keine Hautkrankheiten. Es wird wiederholt Ursache und Wirkung verwechselt. Eine Unverschämtheit ist die „Einteilung“ von Umweltängsten und die durch nichts bewiesenen und unhaltbaren Ausführungen.

Als erstes Beispiel die Waschmittelallergie: moderne Waschmittel enthalten unter anderem Enzyme und Duftstoffe. Die Enzyme werden gentechnisch hergestellt und Duftstoffe haben eine hohe allergene Potenz. Und zwar nicht nur auf der Haut. Bei den Geschlechtskrankheiten und Aids kann kein Mensch „Phobie“ haben.

Als zweites Beispiel das totale Allergiesyndrom: Bei einer Schimmelpilzallergie (*Aspergillus niger*) lösen Sojaöl, Zitronensäure und viele Nahrungsmittel, Zusatzstoffe und Putzmittel eine allergische Reaktion aus. Viele Medikamente benötigen für ihre Herstellung und Stabilisierung einen mikrobiellen Schritt (Cortison).

Mein Fazit: Der Arzt sollte sich zuerst unabhängiges Wissen aneignen. Er wird ansonsten nicht helfen. Jeder Patient muss ernst genommen werden, das ist wohl selbstverständlich. Eine psychologische Begleitung bei der Bewältigung einer Krankheit ist nur sinnvoll wenn der Patient es wünscht und die Psychologen entsprechend gut ausgebildet sind.

Die Bewältigung von Krankheiten und Krisen ohne grundlegendes Wissen über Allergien, MCS oder Vergiftungen ist sinnlos und für den Patienten schädlich.

Ruth Imhäuser, Mönchengladbach

## Weitere Beiträge zum Thema

Ein AVE-Mitglied schreibt: „Solche Artikel bewegen nichts, sind im Gegenteil für die Betroffenen unter Umständen sogar schädlich im Bemühen zur Geltendmachung ihrer finanziellen Sicherheit beim Sozialgericht, ihre Position weg vom Makel des eingebildeten Kranken oder gar der IEI da es immer wieder Gutachter geben wird, die nun bei Herrn Prof. Taube abschreiben.“

Damit tut Herr Prof. Taube und auch der AVE den Betroffenen keinen Gefallen. Der Artikel ist einem Bären dienst vergleichbar. Weitere empörte Zuschriften von Betroffenen sprachen von „grässlichen Überzeugungen und Vorurteilen“, „Wo bleibt hier die Aufklärung über neurotoxisch wirkende Auslöser?“

### Anmerkung der Redaktion:

Auch im Falle „Haut und Psyche“ ist die Diskussion nicht abgeschlossen. Daher geben wir den U&G-Lesern die Möglichkeit einer freien Meinungsäußerung, um neuen Denkansätzen Raum zu geben.

## Bücher

### ABC der Verhaltensänderung. Der Leitfaden für erfolgreiche Prävention und Gesundheitsförderung

Herausgegeben von Jacqueline Kerr, Rolf Weitkunat und Manuel Moretti



Für alle Berufsgruppen, die sich mit dem Thema Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention auseinandersetzen bietet dieses Buch

Grundlagen, Ideen und auch praktische Anleitung für das Erstellen und Durchführen von Interventionsprogrammen im Gesundheitsbereich. Der ausführliche Überblick über die wichtigsten Faktoren der Verhaltensänderung wird durch das Vorstellen verschiedener Motivationsstrategien und Lösungsansätze ergänzt.