

Jeder weiß, dass sich Daten einer Gruppe nach einer Gauß'schen Normalverteilung einordnen. Der individuelle Wert kann näher oder weiter vom Mittelwert entfernt liegen. Diese Unsinnigkeit des Mittelwerts, von der die Schulmedizin lebt, wird an folgendem Beispiel gezeigt.

1.7 Individualität kontra statistischer Mittelwertsorganismus

So ist weit die Meinung verbreitet, der Mensch benötige acht Stunden Schlaf pro Nacht. Deshalb sind häufig Patienten zu mir gekommen und haben gefordert: Herr Doktor, ich schlafe nur sieben Stunden, der Normwert ist acht Stunden. Geben Sie mir ein Mittel, damit ich den Normwert erreiche. Wenn ich dies getan hätte, wäre der Patient Schlafmittelabhängiger und Hypnotika-Insomniker geworden und ich hätte ihn um seinen echten normalen Schlaf gebracht.

Die acht Schlafstunden sind nämlich ein Mittelwert, in welchen die Schlafdauer vom Neugeborenen bis zum Senioren eingeht. Sie sind aber nicht als individueller Normwert aufzufassen. Die Schlafmediziner gruppieren daher in drei gesunde normale „Schlafdauerarten“

Kurzschläfer	<	6 h/Nacht
Mittellangschläfer	=	6-8 h/Nacht
Langschläfer	>	8 h/Nacht

Aber das sind auch wieder nur Mittelwerte und somit Orientierungswerte. Der Schlaf gesunder Menschen unterliegt nämlich auch noch einem Wochenrhythmus. Er ist bei Einsichtarbeitern und vergleichbaren Personen durch die schlechteste Schlafqualität in der Nacht von Sonntag zu Montag und die beste in der Nacht von Freitag zum Samstag charakteristisch. Vorausgesetzt, es wirken keine Störfaktoren (z. B. Lärm, Alkohol).

Man wird erkennen: Der Mittelwert „acht Stunden Schlaf“ als Norm ist eine pseudowissenschaftliche Größe für das Individuum, die durch die praktischen Erfahrungen nicht belegt werden kann und für die ärztliche Praxis nicht gerechtfertigt ist.

1.8 Die große Irreführung mit dem Normwert Cholesterin

Der Normwertkult mit dem Cholesterin ist der größte Unfug, den es in der Medizin gibt. Hartenbach [2002] bezeichnet den derzeitigen Umgang mit den Cholesterinwerten als „die weltgrößte Irreführung im medizinischen Bereich“. Führende Wissenschaftler auf dem Gebiet der Herz-Kreislaufkrankungen betrachten die „Cholesterin-Hypothese“ als Begrün-

derung für die Entwicklung einer Arteriosklerose und eines Herzinfarkt, nicht nur als unwissenschaftlich sondern als einen „Unsinn“ [Hartenbach 2002]. Kritisch zum Cholesterin äußerte sich auch Ornisch [1999, 1992].

Im praktischen medizinischen Alltag wird der Normwert (oberster Grenzwert) bis 200 mg/dl angegeben. Wenn der Wert darüber liegt, werden so genannte Cholesterinsenker verordnet. Dabei werden verschiedene Faktoren außer Acht gelassen, vor allem Geschlecht und Alter. Wie wichtig dies ist, sollen nachfolgende Tabellen von Nachtnebel [1997] und Hartenbach 2002 zeigen.

Tabelle 1-1:
Cholesterinnormwerte in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht nach Nachtnebel [1997]

Alter	Männer	Frauen
bis 30 Jahre	150-200 mg/dl	150-240 mg/dl
31-46 Jahre	160-240 mg/dl	160-240 mg/dl
41-50 Jahre	170-240 mg/dl	170-260 mg/dl
51-60 Jahre	175-240 mg/dl	195-275 mg/dl

Tabelle 1-2:
Hartenbach [2002] gibt folgende Tabelle mit oberen Grenzwerten und Werten zur Behandlungsindikation an

Alter	oberer Grenzwert	Werte der Behandlungsindikation
10-19 Jahre	230 mg/dl	ca. ab 300 mg/dl
25-29 Jahre	270 mg/dl	ca. ab 350 mg/dl
40-59 Jahre	350 mg/dl	ca. ab 400 mg/dl
65-85 Jahre	330 mg/dl	ca. ab. 400 mg/dl

Gewöhnlich werden Cholesterinsenker im medizinischen Alltag gegeben und damit, wie wir gleich sehen werden, gesundheitliche Schäden verursacht. In seinem Buch [2002] „Die Cholesterinlüge“ bezieht sich Hartenbach auf folgende großen Studien, die den Unfug im Umgang mit dem Cholesterinwertekult belegen.

- Simvastatin (4 – 5) Studie
- Finnische multifaktorielle Studie
- Helsinki-Herz-Studie I
- Helsinki-Herz-Studie II
- Framingham-Studie
- Clofibrat-Studie (musste abgebrochen werden)

Die Analyse dieser Studien führte zu folgendem Fazit:

1. „Cholesterin hat keinen Einfluss auf die Entwicklung einer Arteriosklerose oder eines Herzinfarkts. Bekannt ist aber, dass Mangel an Silizium im Stoffwechsel zur Arteriosklerose führt [Carlisle 1986a und b].
2. Hohe Cholesterinwerte sind verbunden mit hoher Lebenserwartung und geringer Krebshäufigkeit.
3. Eine Senkung des Cholesterinspiegels ist verbunden mit zahlreichen Todesfällen und vermehrten Krebsentwicklungen“.

[Hartenbach 2002]

In diesem Zusammenhang wird auf tödliche Folgen des Cholesterinsenkers Lipobay der Bayerpharma im August 2002 verwiesen. Hartenbach vertritt die Auffassung, dass der „Normalwert“ für Cholesterin in den Statistiken (Studien) zu niedrig angegeben werde, so dass 80 % der erwachsenen Bevölkerung für krank und behandlungsbedürftig erklärt wird!

In diesem Zusammenhang ist noch erwähnenswert, dass der Cholesterinwert großen Schwankungen unterliegen kann. Beim Sport kann der Cholesterinwert physiologisch bis über 400 mg/dl ansteigen, ohne dass Krankheit vorliegt. Cholesterin gilt als ein Bioregulator

- für das Steroidhormon Cortisol
- für die weiblichen und männlichen Sexualhormone
- für das Aldosteron, welches enge Beziehungen zum Elektrolyt (Mineralhaushalt) hat, vor allem zum K^+ und Na^+
- für Vitamin D und zeichnet somit für den mineralischen Knochen- und Gelenkaufbau verantwortlich für die Mitochondrien und Zellmembranen

Eine Senkung des Cholesterins führt folglich zu vielen Störungen im Organismus, wozu die Verminderung der Vitalfunktion von Mann und Frau, die Osteoporose, ein eingeschränkter Aufbau des Binde- und Muskelgewebes und Störungen im Elektrolythaushalt zählen.

Abschließend sei noch die Frage gestellt, wem nützen eigentlich die Cholesterinsenker? Eine Karikatur im Deutschen Ärzteblatt 101/16 vom 16. April 2004, S. C854, die nachfolgend angeführt wird, gibt darauf eine treffende Antwort:

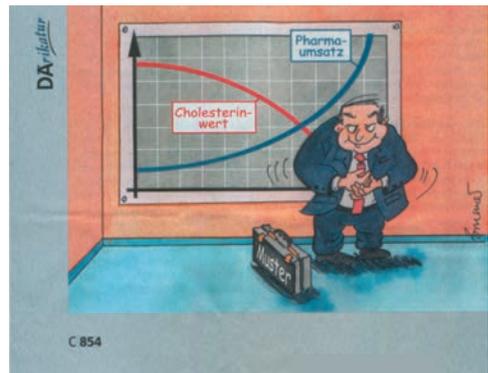


Abbildung 1-1:
Statine: So erreichen wir unsere Ziele
[Deutsches Ärzteblatt]