

Ist der Cholesterinwert ein Mythos?

Selten dringt historische Forschung in die besten klinisch-medizinischen Zeitschriften vor. Doch [Kearns und Kollegen](#) gelang dies, und ein [begleitendes Editorial](#) würdigte ihre Arbeit besonders.

Sie zeigen anhand von Dokumenten der University of Illinois und der Harvard School of Public Health, dass die Zuckerindustrie ab 1960 begann, die Forschung zu beeinflussen. Mal subtil, mal offensichtlich lenkten sie den Fokus weg vom Zucker hin zu Fetten, vor allem gesättigten Fettsäuren, als Hauptschuldige der Ernährungsforschung. Was geschah? Anfang der 60er Jahre deuteten Hinweise darauf hin, dass Zucker erheblich zur steigenden Sterblichkeit durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen beitrug. Der britische Epidemiologe John Yudkin verbreitete diese Idee, gestützt durch Daten. Auf der Gegenseite standen Verfechter der Lipidhypothese wie Ancel Keys, die Fette, besonders gesättigte Fettsäuren aus tierischen Quellen wie Butter, Schmalz, Käse, Wurst, Fleisch und Eiern, als Übeltäter ansahen. Ancel Keys setzte sich durch und prägte die US-Ernährungsrichtlinien massgeblich, obwohl die Datenbasis dafür dünn war. (Lesen Sie mehr dazu im Blog von Prof. [Harald Walach](#)).

Mythos vom guten und bösen Cholesterin

Die drei gängigsten Mythen werden in Frage gestellt:

1. **Das HDL ist der gute Anteil des Cholesterins.**

Unumstritten ist, dass eine HDL-Konzentration unter 1 mmol/l mit einem erhöhten Herz-Kreislauf-Risiko verbunden ist. Umgekehrt bedeutet ein hohes HDL aber keineswegs Entwarnung. Normales HDL verfügt über entzündungshemmende und antioxidative Eigenschaften. Genau diese können aber bei Patienten mit Autoimmunstörungen (z.B. Diabetes oder rheumatoider Arthritis) abhanden kommen! In Studien ist also eine HDL-Erhöhung keine guter Parameter.

2. **Der Lipidstatus wird obligat in einer Nüchternblutprobe bestimmt.**

Stimmt nicht mehr! Fakt ist, dass erstens eine erhöhte Triglyzeriden im Nicht-Nüchternplasma stärker mit dem Risiko für Herz-Kreislaufkrankheiten assoziiert ist als in einer Nüchternblutprobe und dass zweitens HDL- und LDL-Cholesterin nur wenig durch Essen beeinflusst wird.

3. **LDL ist das gefährlichste Cholesterin.**

Fakt ist: Die Mehrzahl der kardiovaskulären Ereignisse (Herzinfarkt, Hirnschlag) wird trotz effektiver LDL-Senkung nicht verhindert.

Risikofaktor für die Arterienverkalkung und damit für den Herzinfarkt oder den Hirnschlag

Hier muss zuerst angemerkt werden, dass wir uns mit einem erhöhten Blutfett bereits irgendwo weit vorne in der Folgekette von primären Ursachen befinden. Wie ich auf [meiner Seite über Herz/Kreislauf](#) deutlich gemacht habe, ist ursächlich der chronische psychosoziale Stress (vs. Entspannung), das Bauchfett bei Bewegungsarmut und ein hoher Alkoholkonsum (neben dem Rauchen) ins Visier zu nehmen – prophylaktisch und therapeutisch.

Die folgenden Richtlinien helfen Ihnen, dass Ihre erhöhten Blutfettwerte keine bösen Folgen haben:

- Das [Rauchen](#) muss unbedingt gestoppt werden.
- Eine **Unterfunktion der Schilddrüse** sollte im Blut ausgeschlossen werden (TSH-und fT4-Bestimmung: TSH zu hoch, fT4 zu tief).
- (am besten täglich 30 Minuten) Ausdauersport ([Jogging](#), schnelles Wandern, Velo, Schwimmen,...). Sport **VOR** dem Essen führt zu besserer Fettverteilung im Körper: Das Nahrungsfett geht dann direkt in die Muskeln (deren Fettdepot im Sport geleert wurden) und nicht in den Bauch (Das Bauchfett ist das Labor für die gefährlichen Stoffwechselschritte, die zu erhöhten Blutfetten führen. Deshalb ist auch der Bauchumfang das Mass aller Dinge und besser als das Gewicht oder der [BMI>>>](#)
Dies entspricht dem altbewährten Muster: Jagen und dann Essen.
- Sparen Sie vor allem mit Zucker und allen **Kohlenhydraten**.
Low-carb-Ernährung ermöglicht erst das Weglassen von sämtlichen Zwischenmahlzeiten, von Nur-noch-zwei-bis-drei-Mal-Essen pro Tag, von Dinnercancelling, sogar schliesslich von Kurz- oder Intervallfasten.
Weiterlesen [>>>](#)
- Sparen Sie auch mit tierischen **Fetten** im Essen – ausser Fisch und Fischöl.
Dies wirkt günstig bei erhöhten Blutfetten, v.a. bei Triglyzeriden – Fischöl allein erhöht aber das Cholesterin, zusammen mit Antioxydanzien aus einer

mediterranen Ernährung senkt es auch dieses.

Fettarmes Essen muss aber mit einem deutlichen Gewichtsverlust einhergehen, sonst steigen die Triglyzeride und das HDL-Cholesterin (der „gute“ Anteil im Gesamtcholesterin) bleibt niedrig.

- **WENIG ROTES FLEISCH**

Man sollte auf seine **Darmflora**, also die rund 100 Billionen Bakterien aufpassen und sie gut pflegen. Was heisst dies konkret?

Normalerweise leben die Vertreter der Darmflora (Mikrobiom) einträchtig mit ihrem Wirt. Sie verdauen für uns komplexe Kohlenhydrate, mit denen menschliche Enzyme nicht umgehen können. Und sie wehren auch Infektionen krank machender Bakterien ab.

Nun wird als Beispiel das **Carnitin im roten Fleisch** (Rind, Schwein oder Lamm) von den Darmbakterien zu Trimethylamin verdaut, welches dann in der Leber zu Trimethylamin-N-Oxid (TMAO) umgewandelt wird. Carnitin verstärkt u.a. auch die schädliche Wirkung vom Cholesterin. Dies löst eine Kette von Ereignissen aus, die letztlich zu einer Arteriosklerose (Versteifung der Arterien) führt und damit auch zum Herzinfarkt, Hirnschlag,...

Es hat sich nun gezeigt, dass ein Vegetarier ein Steak essen kann und dass sich dann die (ideale) Zusammensetzung seiner Darmbakterien diesen TMAO-Spiegel nicht erhöhen lassen.

Vegetarische Ernährung ergibt eine fürs Immunsystem und für unsere Blutgefäße optimale Darmflora.

[>>> Weiterlesen](#)

- Verwenden Sie vor allem pflanzliche Fette mit einem hohen Anteil an mehrfach ungesättigten Fettsäuren (Olivenöl und v.a. Lein- und Rapsöl und in vielen Nüssen (speziell wieder in Baumnüssen und Mandeln). Dagegen haben Sonnenblumen-, Maiskeim- und Distelöl die eher ungünstige Omega-6- Fettsäuren: [siehe hier](#)) – Walnüsse senken auch stark das Cholesterin.
- Täglich eine Handvoll **Baumnüsse** (etwa 50 Gramm) senkt den Cholesterinspiegel ([Nutrients 2017; online 6. Oktober](#))
- Auch 40 g **Mandeln** am Tag für mind. 4 Wochen – am besten an Stelle eines anderen kalorienmässig gleichwertigen Essens (z.B. Chips) macht eine Reduktion des Gesamtcholesterins um 4%, des Non-HDL-Cholesterins um 5% und des LDL-Cholesterins um 7%. ([Lee Y, et al: J Am Heart Assoc 2017;6:e005162](#))

- Bevorzugen Sie ballaststoffreiche Nahrungsmittel (2 bis 4 grosse Äpfel täglich, Vollkornprodukte).
3 Esslöffel **Haferflocken** pro Tag senken das Gesamtcholesterin bis 16%.
Viel Hülsenfrüchte im Essen (Bohnen, Erbsen, Kichererbsen und Linsen) senken das LDL-Cholesterin und damit das kardiovaskuläre Risiko stark (*Ha V et al. Effect of dietary pulse intake on established therapeutic lipid targets for cardiovascular risk reduction: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. CMAJ 2014 (13. Mai); 186: E252-62*)
- **Sojaprodukte** haben eine cholesterinsenkende Wirkung. Soja enthält viele Phytoöstrogene, sog. Isoflavone, welche Blutfette senken.
- **Artischockenblätterextrakte** senken Gesamtcholesterin um 12% (ebenfalls die Triglyzeride – höhere Werte werden stärker gesenkt) – z.B. 5 Kapseln Hepa-S® täglich.
- 1 **Avocado** pro Tag senkt das Cholesterin in wenigen Wochen um 10%.
- Phytosterole als Zugabe in Nahrungsmittel (v.a. Margarine) sind gar nicht zu empfehlen, sondern wirken gemäss neueren Studien sogar konträr.
- Bei erhöhten **Triglyzeriden** immer und beim hohen Cholesterin zusätzlich:
Keine Zwischenmahlzeiten und langes Nachtfasten (die Triglyzeride sind ein Mass für den sog. [Hyperinsulinismus](#) – zum Nachtfasten siehe [auch hier >>>](#)).
Eine Studie bei gesunden, aber übergewichtigen oder adipösen Personen zum [Intervallfasten](#) zeigt jetzt, dass dieser Ansatz den Triglyzeridspiegel nach einer Mahlzeit um bis zu 40% stärker reduziert als eine herkömmliche Diät mit täglicher Kalorienreduzierung.
Zudem bei hohen Triglyzeriden:
Lassen Sie reinen **Zucker** ganz weg und schränken Sie die zucker- und stärkehaltigen Nahrungsmittel ein (wenig Weissbrot, Reis, Pasta, süsses Obst, Süssgetränke) + absolut keine alkoholischen Getränke.
Falls die Triglyzeride sehr hoch sind (über 6 mmol/l), behandle ich sofort mit Medikamenten, da eine akute Pankreatitis (Bauchspeicheldrüsenentzündung) droht.
- **Stehpult** verbessert Blutwerte:
Wer den ganzen Tag sitzt, läuft eher Gefahr, Herzkrankheiten oder Diabetes zu bekommen. Jetzt zeigt eine Studie: Büroangestellte, die einen Teil der Arbeit am Stehpult leisten, leben gesünder. Australische Mediziner untersuchten rund 700 Personen. Dabei fanden sie heraus, dass Personen, die zwei Stunden pro Tag stehen, bessere Cholesterin- und Blutzuckerwerte haben. (*European Heart*

Journal)

- Ich benütze auch die **Fettsenker-Medikamente** (Statine) in der Sekundärprävention atherosklerotischer Erkrankungen (Herzinfarkt, Hirnschlag,...) häufig bei Männer, weniger bei Frauen. Dazu gibt es neue Meta-Analysen zur Statintherapie:

Sind Statine bei Frauen weniger wirksam? (Gutierrez J, Ramirez G, Rundek T et al. *Statin therapy in the prevention of recurrent cardiovascular events: A sex-based meta-analysis. Arch Intern Med* 2012 (25. Juni); 172: 909-19)

Der Nutzen von Statinen in der Primär- und Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse wurde in den letzten Jahren intensiv und kontrovers diskutiert. Der Nutzen in der Sekundärprävention ist dabei kaum umstritten. In der aktuellen Meta-Analyse wurde jetzt untersucht, ob Statine kardiovaskuläre Rezidivereignisse bei Frauen und Männern im gleichen Masse verhindern.

11 randomisierte Studien, in denen Statine in der Sekundärprävention mit Placebo verglichen worden waren, wurden in die Meta-Analyse aufgenommen. Bei Frauen ist dabei die Wirksamkeit von Statinen (auch) in der Sekundärprävention weniger gut belegt als bei Männern. Zwar lässt sich eine signifikante Reduktion von kardiovaskulären Ereignissen in ähnlichem Ausmass wie für Männer auch für Frauen nachweisen, nicht aber eine Mortalitätsreduktion oder eine Reduktion von Schlaganfällen. Das ist die Hauptaussage dieser Meta-Analyse. Dieser Unterschied kann zwar mit der geringeren Zahl von Frauen in den Studien erklärt werden. Die niedrigeren relativen Risiken für Schlaganfälle und Todesfälle lassen aber für Spekulationen Raum, ob doch geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich Wirksamkeit der Statine existieren könnten.

- Bei der sog. Primärprävention „gibt es mittlerweile eine Reihe von Studien, in denen eine Minderung der Herzinfarktrate durch Statine dokumentiert wird. Der Nutzen ist bei geringem kardiovaskulären Ausgangsrisiko ([siehe hier >>>](#)) jedoch entsprechend klein. Die Gesamtsterblichkeit dürfte bei diesen Patienten erst bei hohem Risiko von über 20% in zehn Jahren durch Statin-Therapie gemindert sein.“ (Zitat arznei-telegramm 2012, Nr.8, S.69)

Veröffentlicht am 17. Juni 2017 von Dr. med. Thomas Walser

Letzte Aktualisierung:

01. Dezember 2024