

EP 69: Prävention und was Medikamente für die Herzgesundheit leisten können mit Prof. Dr. Timo Heidt

Ziel:

Diese Episode soll Hörerinnen und Hörer befähigen, informierte Entscheidungen über medikamentöse Therapien im Bereich der Herz-Kreislauf-Prävention zu treffen. Sie verdeutlicht, warum Visualisierung von Gefäßveränderungen die Therapieakzeptanz erhöht, welche Nahrungsergänzungsmittel evidenzbasiert wirken und welche nicht, und wie ein strukturiertes Stufenschema bei der Cholesterinsenkung zum Einsatz kommt. Die Episode zeigt auf, dass Medikamente wie Statine, Ezetimib und PCSK9-Inhibitoren bei korrekter Indikation Leben retten können, während Nahrungsergänzungsmittel zur Cholesterinsenkung von europäischen Leitlinien nicht empfohlen werden. Zudem wird das Konzept der Cholesterinjahre erklärt und wie GLP-1-Hemmer bei Übergewicht nach kardiovaskulären Ereignissen schützend wirken. Die Episode ermutigt dazu, Risikofaktoren ernst zu nehmen und gemeinsam mit dem Arzt individuelle Therapieziele zu definieren.

Wissenschaftlicher Hintergrund:

Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind weltweit die häufigste Todesursache. Die Prävention basiert auf der Kontrolle von Risikofaktoren, insbesondere erhöhter LDL-Cholesterinwerte und Bluthochdruck. LDL-Cholesterin lagert sich in Gefäßwänden ab und führt zur Plaquebildung, die Herzinfarkte und Schlaganfälle verursachen kann. Das Konzept der Cholesterinjahre beschreibt die kumulative Belastung über die Lebenszeit: Bei normalen LDL-Werten von 100-120 mg/dl erreicht man um das 60. Lebensjahr eine kritische Schwelle, ab der Gefäßerkrankungen entstehen.

Die Zielwerte unterscheiden sich je nach Risikoprofil. In der Primärprävention wird ein LDL unter 100 mg/dl angestrebt, bei bestehender Gefäßerkrankung unter 70 mg/dl und bei Hochrisikopatienten unter 55 mg/dl. Studien zeigen, dass Plaques bei LDL-Werten unter 55 mg/dl schrumpfen können. Die hausärztliche Fachgesellschaft setzt die Therapieschwelle bei 195 mg/dl an, Kardiologen bereits ab 145-150 mg/dl.

Statine sind die Basistherapie und senken nicht nur LDL, sondern haben auch entzündungshemmende Eigenschaften. Bei unzureichender Wirkung folgen Ezetimib, Bempedoinsäure und PCSK9-Inhibitoren. Letztere kommen nur bei nachgewiesener Gefäßerkrankung zum Einsatz.

Nahrungsergänzungsmittel zur Cholesterinsenkung werden von der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie als Klasse 3 eingestuft und nicht empfohlen. Omega-3-Fettsäuren zeigen in Metaanalysen keine protektive Wirkung, hohe Dosen können sogar Vorhofflimmern auslösen. Polyphenole, Granatapfel und Traubenkernextrakte haben keine randomisierten Studien mit positivem Nachweis.

GLP-1-Hemmer zeigen im SELECT-Trial bei Patienten mit BMI über 26 nach kardiovaskulärem Ereignis eine Risikoreduktion. Der Mechanismus wirkt über Reduktion von Entzündungen im viszeralen Fettgewebe und Verbesserung der Fettleber. Ohne erhöhten BMI gibt es keine Evidenz für eine kardioprotektive Wirkung.

Colchicin, bekannt aus der Gichttherapie, wird in niedriger Dosis (0,5 mg/Tag) bei Hochrisikopatienten mit erhöhtem hsCRP (über 2 mg/L) trotz optimaler Lipidtherapie eingesetzt. Die Effektstärke wird noch diskutiert, bildgebende Studien zeigen positive Effekte auf Plaques.

HDL-Cholesterin medikamentös zu erhöhen ist in Studien gescheitert. Natürliche Erhöhung gelingt durch mediterrane Ernährung, Schlafbalance und Stressreduktion.

Beispiele:

- Ultraschall der Halsschlagader durchführen lassen zur Visualisierung von Plaques
- Cardio-CT zur Darstellung von Ablagerungen in den Herzkranzgefäßen nutzen
- Netzhautuntersuchung bei Bluthochdruck zur Beurteilung mikrovaskulärer Veränderungen
- Mediterrane Ernährung mit Olivenöl, Avocado und Fisch für natürliche Omega-3-Zufuhr
- Schlafhygiene optimieren statt dauerhaft Melatonin einzunehmen
- Stressreduktion durch Achtsamkeitsübungen zur Verbesserung des LDL-HDL-Verhältnisses
- Gewichtsreduktion bei Übergewicht für 10-20% Cholesterinsenkung
- Regelmäßige Lipidwert-Kontrollen ab dem 30. Lebensjahr
- Familienanamnese erheben als Surrogatparameter für genetisches Risiko
- Gemeinsam mit dem Arzt individuelle Therapieziele definieren

Praxisprogramm:

Woche 1–2:

- Arzttermin vereinbaren zur Bestimmung von LDL, HDL, Gesamtcholesterin, hsCRP
- Familienanamnese dokumentieren: Herzerkrankungen bei Verwandten ersten Grades
- Ernährungsprotokoll führen: Omega-3- und Omega-6-Quellen identifizieren Mediterrane
- Ernährung einführen: täglich Olivenöl, 2x/Woche fetter Fisch Schlafhygiene etablieren: feste Zeiten, Bildschirmverzicht 1 Stunde vor dem Schlaf

Woche 3–4:

- Bei erhöhten Werten Visualisierung besprechen: Ultraschall Halsschlagader oder Cardio-CT
- Statintherapie bei Indikation beginnen, Nebenwirkungen dokumentieren
- Gewichtsreduktion bei BMI >26: 300-500 kcal Defizit täglich
- Stressreduktion: täglich 10 min Atemübungen oder Meditation
- Nahrungsergänzungsmittel kritisch prüfen: Omega-3 nur bei nachgewiesenem Mangel, keine Cholesterinsenker
- Kontrolle nach 6-8 Wochen: Lipidwerte, Verträglichkeit, Anpassung der Therapie

Reflexionsaufgaben:

- Welche Visualisierungsmethode würde mich am meisten motivieren, eine medikamentöse Therapie konsequent durchzuführen, und warum?
- Wie bewerte ich das Verhältnis zwischen dem Nutzen einer Statintherapie und möglichen Nebenwirkungen wie Muskelschmerzen oder einem leicht erhöhten Diabetesrisiko?

- Welche Nahrungsergänzungsmittel nehme ich aktuell ein und gibt es dafür eine evidenzbasierte Grundlage im Bereich der Herz-Kreislauf-Prävention?
- Wie kann ich mein HDL-Cholesterin auf natürliche Weise erhöhen, ohne auf gescheiterte medikamentöse Ansätze zurückzugreifen?