

## Statine – der große Nutzen steht im Vordergrund

Das Wichtigste in Kürze aus der Podcastfolge „Statine – der große Nutzen steht im Vordergrund“. PD Dr. Ulrike Schatz im Gespräch mit Dr. Paulina Stürzebecher.

### Wozu sind Statine da – und warum werden sie so häufig eingesetzt?

- Statine senken den **LDL-Cholesterinspiegel** („schlechtes Cholesterin“) deutlich, häufig in einer Größenordnung um **ca. 50 %** (je nach Präparat und Dosierung).
- Sie wirken nicht nur über den Cholesterinwert: Sie können Ablagerungen in den Gefäßen **stabilisieren** (Plaques „reißen“ weniger leicht ein).
- Ziel: **Herzinfarkt, Schlaganfall, Stent-Eingriffe** und andere Gefäßkomplikationen verhindern.

**WICHTIG:** Statine sind eine **Vorbeuge-Therapie** – man spürt den Nutzen nicht sofort, aber langfristig macht es einen großen Unterschied.

### „Nur Ernährung reicht doch?“ – warum oft trotzdem Medikamente nötig sind

- Ernährung und Bewegung sind immer die Basis.
- Aber: Beim LDL-Cholesterin ist ein großer Anteil **genetisch mitbestimmt**.
- Selbst bei sehr konsequenter Ernährung liegt die LDL-Cholesterinsenkung oft nur bei ungefähr **5–10 %** – für viele Risikosituationen reicht das nicht aus.
- Der Körper stellt den Großteil des Cholesterins selbst her (Faustregel: **ca. 80%** Eigenproduktion, **ca. 20 %** über die Nahrung).

### Wie groß ist der Nutzen – lohnt sich das wirklich?

- Eine LDL-Senkung um **40 mg/dl (≈ 1 mmol/l)** senkt das Risiko für Herzinfarkt/Schlaganfall/Interventionen um **ca. 20-25 % pro Jahr**.
- Entscheidend ist die **Dauer**: Je länger man behandelt, desto größer ist der Gesamtnutzen.
- Auch ältere Menschen profitieren; „einfach absetzen, weil man älter ist“ wird klar kritisch gesehen.

### Häufige Sorgen: „Zu niedriges Cholesterin ist doch gefährlich?“

- Cholesterin ist wichtig (für Zellwände, Hormone, Gallensäuren, Vitamin D).
- Aber: Der Körper kann Cholesterin selbst herstellen, und jede Zelle kann grundsätzlich Cholesterin bilden.

- Das Gehirn hat zudem einen **eigenen Cholesterinstoffwechsel**.
- In großen Studien gibt es **keine Hinweise darauf**, dass „zu niedriges“ LDL durch Therapie schadet.

## Statinintoleranz: Was ist häufig – und was ist sehr selten?

### Sehr selten (gefährlich, medizinischer Notfall):

- Ausgeprägter Muskelzerfall (Rhabdomyolyse) wird als extreme Rarität beschrieben.

### Häufiger (belastend, aber meist nicht gefährlich):

- Muskelschmerzen, Muskelkater-ähnliches Gefühl, Krämpfe.
- Diese Beschwerden sind oft **ohne** deutliche Erhöhung der CK (Kreatinkinase).

**WICHTIGE EINORDNUNG:** Muskelbeschwerden sind allgemein häufig (Alter, Belastung, orthopädische oder rheumatologische Ursachen, Durchblutungsstörungen etc.) – daher ist die Zuordnung manchmal schwierig.

## Nocebo-Effekt: Warum Beschwerden manchmal auftreten, obwohl das Statin nicht „schuld“ ist

Beschwerden werden häufiger berichtet, wenn man weiß, dass man ein Statin einnimmt (Alltag/„Register“), als in verblindeten Studien.

- In verblindeten Studien liegen Muskelsymptome ungefähr bei **7–9 %**.
- Im Alltag berichten deutlich mehr Menschen von Beschwerden (**20–30 %**).
- In einer Studie mit „Wechselphasen“ (Statin/Placebo/keine Tablette) zeigten sich die meisten Beschwerden **nicht** eindeutig in der Statin-Phase; viele Patient:innen konnten danach wieder ein Statin einnehmen.

**GANZ WICHTIG:** Das heißt nicht „eingebildet“. Die Beschwerden sind real – aber die Ursache ist nicht immer das Statin.

## Woran erkennt man typische Statin-Muskelsymptome?

Typische Symptome sind:

- beidseitig (symmetrisch)
- große Muskelgruppen (z. B. Oberschenkel, Oberarme)
- „Muskelkater ohne Sport“
- zeitlicher Zusammenhang: Besserung nach Absetzen meist innerhalb von **2–4 Wochen**, Wiederauftreten nach Wiedereinnahme ebenfalls innerhalb von **2–4 Wochen**

## Was machen Ärztinnen/Ärzte bei Verdacht auf Statinintoleranz?

Typisches Vorgehen:

1. **Pause** (z. B. 2 Wochen) und prüfen, ob Beschwerden nachlassen
2. **Wiederversuch** (ggf. in niedriger Dosis) und prüfen, ob Beschwerden wiederkommen

Eine Information der D•A•CH-Gesellschaft Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen e.V.  
[www.dach-praevention.eu](http://www.dach-praevention.eu)

3. **Andere Ursachen** aktiv suchen (z. B. Orthopädie, Rheuma, Durchblutung, Belastung)
4. **Wechselwirkungen** prüfen (viele Medikamente, ggf. auch Grapefruit bei bestimmten Statinen)
5. **CK-Wert richtig einordnen**: Sport/harte körperliche Arbeit kann CK erhöhen; häufig wird empfohlen, vor einer Kontrollmessung einige Tage körperlich ruhig zu bleiben.

## Wenn ein Statin nicht geht: Welche Lösungen gibt es?

Kernbotschaft: „**Ein Statin nicht vertragen**“ heißt nicht „**kein Statin möglich**“.

Möglichkeiten:

- anderes Statin ausprobieren (unterschiedlicher Abbau, wasser-/fettlöslich, unterschiedliche Stärke)
- sehr niedrige Dosis („klein anfangen“)
- Kombinationen mit anderen Cholesterinsenkern, wenn LDL-Ziele sonst nicht erreicht werden (z. B. Ezetimib, Bempedoinsäure; bei bestimmten Konstellationen auch moderne Spritzentherapien).

## Helfen Vitamin D oder Coenzym Q10 bei Muskelbeschwerden?

- Für **Coenzym Q10** und **Vitamin D** gibt es **keinen klaren belegten Nutzen** zur besseren Statin-Verträglichkeit.
- Einzelne berichten subjektiv Besserung – aber als allgemeine Empfehlung wird es nicht gestützt.

## Fazit

- Statine sind sehr gut untersucht und senken das Risiko für Herzinfarkt und Schlaganfall deutlich – besonders bei höherem Risiko und langer Einnahme.
- Echte schwere Nebenwirkungen sind sehr selten; Muskelsymptome sind häufiger, aber oft gut abklärbar und lösbar.
- Wenn Beschwerden auftreten: nicht eigenständig absetzen, sondern gemeinsam mit der Ärztin/dem Arzt Ursachen prüfen und eine passende Alternative finden.



Aus dem Podcast  
„**Schatzkiste Prävention – Der Schlüssel zum Schutz vor Herzinfarkt und Schlaganfall**“.

Diese Folge →

Alle Folgen:

[www.schatzkiste-praevention.eu](http://www.schatzkiste-praevention.eu)

