

Kleine Anfrage

der Abgeordneten Dr. Christina Baum, Martin Sichert, Carina Schießl, Claudia Weiss, Kay-Uwe Ziegler, Thomas Dietz, Joachim Bloch, Tobias Ebenberger, Nicole Hess, Dr. Christoph Birghan, Birgit Bessin, Kerstin Przygodda, Alexis L. Giersch, Martina Kempf, Stefan Möller, Dr. Paul Schmidt, Gereon Bollmann, Thomas Fetsch und der Fraktion der AfD

Differenzierte Betrachtung von LDL-, HDL- und Gesamtcholesterin in Bezug auf Normwerte, Behandlungsbedürftigkeit und gesundheitspolitische Auswirkungen

Cholesterin stellt ein unverzichtbares Lipid im menschlichen Organismus dar, dessen Blutwerte eine nuancierte Betrachtung erfordern. Während das Gesamtcholesterin den Gesamthaushalt widerspiegelt, bergen LDL-Cholesterin (das sogenannte schlechte Cholesterin) und HDL-Cholesterin (das sog. gute Cholesterin) konträre Rollen: LDL fördert die Plaquebildung in den Arterien und steigert damit das Risiko kardiovaskulärer Erkrankungen, wohingegen HDL schützende Effekte entfaltet. Jüngste Leitlinien, wie die der European Society of Cardiology (ESC) aus dem Jahr 2019 (www.lipid-liga.de/wp-content/uploads/2020_Kommentar_ESC_EAS-Leitlinie-Dyslipidaemie.pdf), haben die Zielwerte insbesondere für LDL-Cholesterin deutlich gesenkt, nämlich etwa auf unter 1,4 mmol/l (55 mg/dl) für Hochrisikopatienten, was zu einer erheblichen Zunahme der Behandlungsbedürftigkeit und der Verschreibung lipidsenkender Medikamente führt (<https://deximed.de/home/praxiswissen/thema-der-woche-archiv/2025-w03>).

Diese Kleine Anfrage sucht gezielt Transparenz über die gesundheitspolitischen Konsequenzen einer differenzierten Cholesterinwertung zu schaffen, da undifferenzierte Ansätze das Risiko von Über- oder Untertherapien bergen und somit die Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen beeinträchtigen könnten.

Wir fragen die Bundesregierung:

1. Welche Änderungen der Normwerte für Gesamtcholesterin, LDL-Cholesterin und HDL-Cholesterin haben in den letzten zehn Jahren (2015 bis 2025) nach Kenntnis der Bundesregierung stattgefunden, und auf welchen wissenschaftlichen Grundlagen beruhen diese (bitte nach Risikogruppen, also z. B. Gesunde, Diabetiker, Post-Infarkt-Patienten, differenzieren)?
2. Wie viele Personen in Deutschland gelten nach Kenntnis der Bundesregierung derzeit als behandlungsbedürftig aufgrund erhöhter Werte von LDL-Cholesterin im Vergleich zu Gesamtcholesterin oder niedrigen HDL-Werten, gibt es Schätzungen zur Zunahme durch Normwertsenkungen, und wie wirkt sich dies auf die Kosten im Gesundheitswesen aus (z. B. Statine-Verschreibungen)?

3. Welche Maßnahmen ergreift die Bundesregierung ggf., um eine differenzierte Aufklärung über Cholesterinarten zu fördern, insbesondere dass HDL schützend wirkt und LDL risikoreich ist, und gibt es Kampagnen oder Leitfäden, die den LDL- bzw. HDL-Quotienten oder Non-HDL-Cholesterin berücksichtigen?
4. Inwiefern beeinflussen nach Kenntnis der Bundesregierung genetische Faktoren (z. B. familiäre Hypercholesterinämie) die Behandlungsempfehlungen für LDL-Cholesterin, und welche Screeningprogramme plant die Regierung ggf., um frühzeitige Differenzierung von Cholesterinarten zu ermöglichen?
5. Welche evidenzbasierten Strategien zur natürlichen Senkung von LDL-Cholesterin oder Erhöhung von HDL-Cholesterin (z. B. durch Ernährung, Sport) werden von der Bundesregierung ggf. empfohlen, und wie werden diese in Präventionsprogrammen ggf. umgesetzt?

Berlin, den 17. Dezember 2025

Dr. Alice Weidel, Tino Chrupalla und Fraktion