

Polypharmazie: alles auf einmal oder vielleicht doch lieber weglassen?



Ein „besonderer Artikel“ in dieser Ausgabe der ZFA beschäftigt sich mit der Polypill und insbesondere mit dem in Indien verfügbaren Präparat „Polycap“, das mit fünf Inhaltsstoffen (ASS, Atenolol, Hydrochlorothiazid, Ramipril und Simvastatin) die gängige Definition von Polypharmazie (≥ 5 Substanzen) erfüllt, und das alles in einer einzigen Kapsel, die einmal täglich einzunehmen ist. Das Präparat ist sowohl für die kardivas-

kuläre Sekundär- als auch für die Primärprävention bei Patienten mit Risikofaktoren zugelassen.

Obwohl das Konzept der „kardiovaskulären Rundumprävention“ bestechend ist, konnte sich die Polypill bisher nicht durchsetzen, weder in Indien oder anderen Entwicklungsländern noch in den westlichen Industrieländern. Vielleicht zum Glück für die Patienten, gibt es doch bisher keine Studienevidenz hinsichtlich des klinischen Outcomes, aber doch zunehmend mehr Evidenz für den möglichen Schaden durch Polypharmazie.

Als Beispiel seien hier nur die Betablocker aufgegriffen. Der Effekt der Betablocker in der kardiovaskulären Prävention wurde in Studien nachgewiesen, die in den letzten Jahrzehnten des vergangenen Jahrhunderts durchgeführt wurden, also zu einer Zeit als weder die medikamentöse kardiovaskuläre Prävention noch die Möglichkeiten der interventionellen Kardiologie dem heutigen Standard entsprachen. So überrascht es nicht, dass in einer vor knapp zwei Jahren publizierten Registerstudie gezeigt wurde, dass Betablocker sich in der kardiovaskulären Prävention sogar schädlich auswirken können, vor allem in der Primär-

prävention [JAMA 2012; 308: 1340–49]. So wiesen Patienten mit Risikofaktoren, aber ohne vorangegangenes Ereignis unter Betablockern signifikant höhere Raten im Hinblick auf den primären zusammengesetzten Endpunkt (kardiovaskulärer Tod + nicht-tödliches kardiovaskuläres Ereignis) auf als solche ohne Betablockerbehandlung. Lediglich Patienten mit unmittelbar (< 1 Jahr) zurückliegendem Myokardinfarkt profitierten von der Therapie. Bei allen anderen Patienten der Sekundärprävention waren Betablocker entweder ohne Effekt oder schädlich.

Auch für alle anderen Substanzen der oben genannten Polypill lassen sich ohne weiteres große Patientengruppen ausmachen, denen gerade einer dieser Inhaltsstoffe nicht verordnet werden sollte. Aus zahlreichen Arbeiten wissen wir, dass bis zu 5 % aller ungeplanten Krankenhausaufnahmen auf Medikamente zurückzuführen sind und dass etwa die Hälfte dieser Krankenhausaufnahmen durch prudente Reflexion der Verordnung vermieden werden könnte. Nach einer systematischen Übersicht von Howard et al. aus dem Jahr 2007 führen Diuretika und Thrombozytenaggregationshemmer mit jeweils etwa 15 % der vermeidbaren Hospitalisierungen die Hitliste an, dicht gefolgt von Betablockern (ca. 5 %) und ACE-Hemmern/AT1-Blockern (ca. 5 %) – also vier der fünf Inhaltsstoffe der Polypill. Es gibt also sicher eine nicht unerhebliche Anzahl von Patienten, denen das Weglassen einer dieser Substanzen besser bekommt als die generelle Verordnung als Polypill.

Der Weg geht heute zur personalisierten Medizin, d.h. der optimalen, evidenzbasierten, individuellen Therapie der/s einzelnen Patient(e)n, abgestimmt auf ihre/seine ganz persönliche physische Ausgangslage, aber auch abgestimmt zwischen ihr/ihm und ihrer(m)/seiner(m) Ärzt(in) in einer partizipativen Entscheidungsfindung. Die Polypill wird diesem Konzept sicher nicht gerecht.

Es grüsst Sie sehr herzlich
Andreas Sönnichsen