

# Akutes Koronarsyndrom



Erhältlich als App  
für iOS und Android

## CardioCard

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e. V.  
(2024) · ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes,  
Version 2023 · Börm Bruckmeier Verlag GmbH, Grünwald

Bearbeitet von:  
**Sven Waßmann, Stefan Frantz, Julinda Mehilli**

Die CardioCards stellen eine Zusammenfassung wichtiger Inhalte der Leitlinien dar und erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit.  
**Zur weiteren Information sei auf die Vollversion der Leitlinien verwiesen.**

Verwendung mit freundlicher Genehmigung der European Society of Cardiology



## ACS umfasst ein ganzes Spektrum



Instabile Angina pectoris

NSTEMI

STEMI

### 1 Bedenke „A.C.S.“ bei der Ersteinschätzung

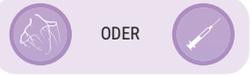


### 2 Bedenke invasives Management

STEMI

NSTEMI-ACS mit sehr hohem Risiko

NSTEMI-ACS mit hohem Risiko



### 3 Bedenke antithrombotische Therapie

Antithrombozytäre Therapie

UND

Antikoagulation

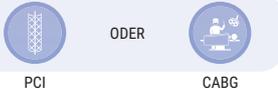


### 4 Bedenke Revaskularisation

Auf der Grundlage des klinischen Zustands, der Komorbiditäten und der Komplexität der Erkrankung

Vollständige Revaskularisation anstreben

Zusätzliche Verfahren zur Steuerung der Revaskularisation erwägen



### 5 Bedenke Sekundärprävention



Antithrombotische Therapie

Lipidsenkende Therapie

Raucherentwöhnung

Kardiologische Rehabilitation

Management von Risikofaktoren

Psychosoziale Unterstützung

### 1 A.C.S. bei der Erstbewertung

#### A Abnormales EKG?

- 12-Kanal-EKG innerhalb von 10 Minuten
- Kontinuierlich EKG überwachen, Defibrillator bereithalten



#### C Klinischer Kontext?

- Oligo-/asymptomatisch?
- Brustschmerzen/Symptome zunehmend oder anhaltend?
- Anamnese, ggf. Vorbefunde

#### S Stabiler Patient?

- Vitalparameter bewerten
- Kardiogener Schock? Akute HF? Herzstillstand?

#### Hochsensitive kardiale Troponine

- hs-cTn unmittelbar nach FMC messen
- ESC 0 h/1 h-Algorithmus (beste Option), 0 h/2 h-Algorithmus (zweitbeste Option)

#### Medikamentöse Erstversorgung

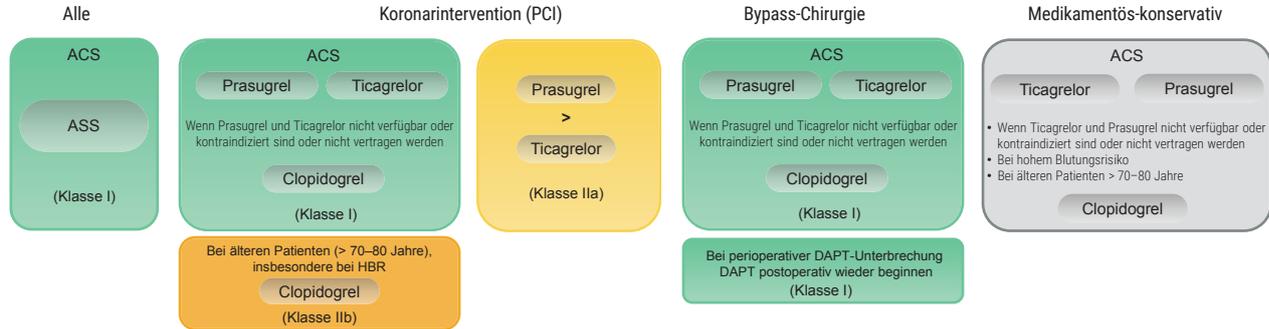
- O<sub>2</sub> nur bei Hypoxämie mit SaO<sub>2</sub> < 90 %
- Sedierung oder Analgesie bei Bedarf

### 3 Antithrombotische Vorbehandlung

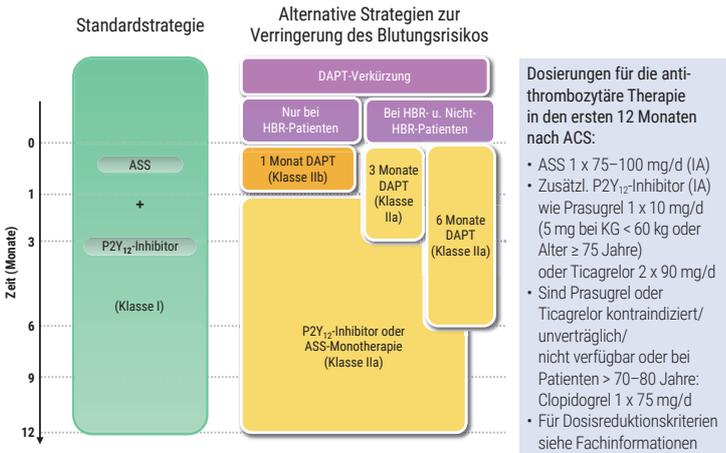
- ASS 300mg p.o.
- UFH 70–100 IE/kgKG Bolus i.v.
- Keine Routineaufsättigung von Clopidogrel/Ticagrelor/Prasugrel

# Antithrombozytäre Therapie in den ersten 12 Monaten nach ACS

Wahl des P2Y<sub>12</sub>-Rezeptorantagonisten

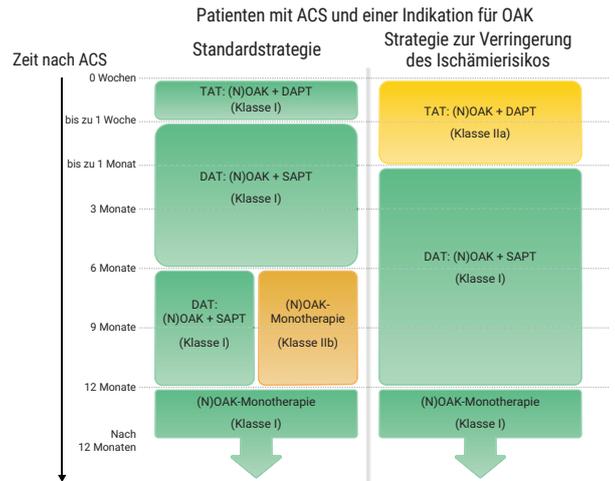


Strategien für die ersten 12 Monate nach ACS



**Weitere alternative Strategie zur Verringerung des Blutungsrisikos:**

- Initial potente P2Y<sub>12</sub>-Inhibitor-basierte DAPT (ASS + Ticagrelor oder Prasugrel)
- Im Verlauf Deeskalation mit Wechsel von potentem P2Y<sub>12</sub>-Inhibitor zu Clopidogrel (Klasse IIb)
- Keine DAPT-Verkürzung oder DAPT-Deeskalation < 1 Monat nach ACS (Klasse III)



OAK: NOAK gegenüber VKA für die Standardstrategie und in allen anderen Szenarien bevorzugen, wenn keine Kontraindikationen vorliegen. NOAK-Dosierungsempfehlungen für die TAT- und DAT-Therapie:

- Apixaban 2 x 5 mg/d
- Edoxaban 1 x 60 mg/d
- Dabigatran 2 x 110 mg oder 150 mg/d
- Rivaroxaban 1 x 15 mg oder 20 mg/d
- Für NOAK-Dosisreduktionskriterien siehe Fachinformationen

SAPT: P2Y<sub>12</sub>-Inhibitor (normalerweise Clopidogrel) gegenüber ASS bevorzugen.

## Langzeitbehandlung nach ACS (Sekundärprävention)

Gesunde Lebensweise unterstützen



Kardiologische Rehabilitation



Raucherentwöhnung



Gesunde Ernährung



Regelmäßige Bewegung

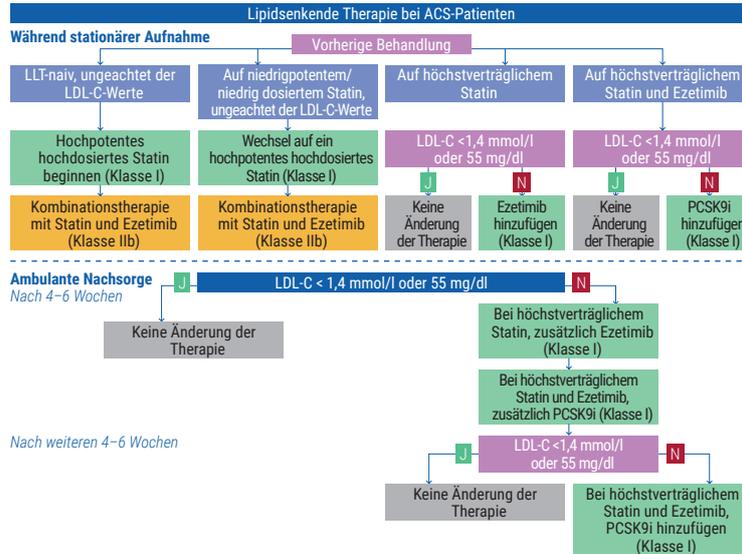


Gesundes Körpergewicht



Psychosoziale Betreuung

Optimale pharmakologische und kardioprotektive Behandlung fortsetzen



### Antithrombozytäre Langzeittherapie (im Anschluss an die ersten 12 Monate nach ACS bei Patienten ohne Indikation zur dauerhaften OAK)

- Standardtherapie: ASS 1 x 75–100 mg/d (Klasse I)
- Bei Patienten mit hohem Ischämierisiko und ohne HBR Hinzufügen einer zweiten antithrombotischen Substanz zusätzlich zu ASS zur erweiterten langfristigen Sekundärprävention erwägen (Klasse IIa).
- Optionen: verlängerte DAPT mit P2Y<sub>12</sub>-Inhibitor oder verlängerte DAT mit Rivaroxaban 2 x 2,5 mg/d
- Eine Monotherapie mit P2Y<sub>12</sub>-Inhibitoren als Alternative zur ASS-Monotherapie für die Langzeitbehandlung erwägen (Klasse IIb).

### Weitere Maßnahmen

- Leitlinienkonforme Therapie von Herzinsuffizienz und Vorhofflimmern (Klasse I)
- Polypille zur Verbesserung der Therapieadhärenz erwägen (Klasse IIa)
- Regelmäßige kardiologische Kontrolluntersuchungen
- Jährliche Grippe-Impfung (Klasse I)
- Antiinflammatorische Therapie (Colchicin 1 x 0,5 mg/d) erwägen (Klasse IIb)

Behandlungsziele für RF erreichen und halten



- Systolischer Blutdruck < 130 mmHg, diast. Blutdruck < 80 mmHg (falls vertragen)
- Für Pat. ≥ 70 Jahre syst. Blutdruck < 140 mmHg anstreben, bis zu 130 mmHg, wenn toleriert



- LDL-C < 1,4 mmol/l (< 55 mg/dl) (IA)
- LDL-C-Wert um ≥ 50 % gegenüber dem Ausgangswert senken (IA).



HbA1c < 53 mmol/mol (< 7 %) für Patienten mit Diabetes mellitus

**Quellen:** Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V. (2023), ESC Pocket Guidelines. Akutes Koronarsyndrom. Börm Bruckmeier Verlag GmbH, Grünwald; Kurzfassung der „2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes“ (European Heart Journal (2023) 44, 3720–3826, doi.org/10.1093/eurheartj/ehad191)

**Abkürzungen:** ACS akutes Koronarsyndrom, ASS Acetylsalicylsäure, CABG koronararterielle Bypass-Operation, DAPT duale antithrombozytäre Therapie, DAT duale antithrombotische Therapie, EKG Elektrokardiogramm, FMC Erstkontakt mit medizinischem Fachpersonal, hs-cTn hochsensitives kardiales Troponin, HBR hohes Blutungsrisiko, HF Herzinsuffizienz, LDL-C Low-Density-Lipoprotein-Cholesterin, LLT lipidsenkende Therapie, LMWH niedermolekulares Heparin, MRA Mineralokortikoidrezeptorantagonisten, NOAK nicht-Vitamin-K-abhängige orale Antikoagulationen, NSTEMI-ACS akutes Koronarsyndrom ohne ST-Streckenhebung, NSTEMI Nicht-ST-Hebungsinfarkt, OAK orale Antikoagulation, Pat. Patient(en), PCI perkutane Koronarintervention, PCSK9i Proproteinconvertase Subtilisin/Kexin Typ 9-Inhibitor, pPCI primäre perkutane Koronarintervention, RF Risikofaktor(en), SAPT antithrombozytäre Monotherapie, STEMI ST-Strecken-Hebungsinfarkt, TAT antithrombotische Triple-Therapie, UFH unfractioniertes Heparin, VKA Vitamin-K-Antagonist

© 2024 The European Society of Cardiology, Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V., Börm Bruckmeier Verlag GmbH



9 783898 626781