



Therapie nach

Myokardinfarkt

Medikamentöse & Nicht-medikamentöse Maßnahmen



Medikamentös

- Thrombozytenaggregationshemmung (Aspirin & DAPT)
- Betablocker
- ACE-Hemmer / ARB
- Statine

Nicht-medikamentös

- Kardiale Rehabilitation
- ICD-Indikation
- Lebensstilmodifikation
- Psychosoziale Nachsorge

ASS – Acetylsalicylsäure



Dauertherapie (lebenslang)

Wirkung: Irreversible COX-1-Hemmung → ↓ Thromboxan A₂

Loading Dose: 300 mg bei ACS initial

Evidenz: ↓ Mortalität und Re-Infarkt-Rate (CURE, ISIS-2)

Cave: GI-Blutung – PPI-Schutz bei Risikopatienten

⚠ ASS nie absetzen ohne Rücksprache

ASS + P2Y12-Inhibitor für mind. 12 Monate nach Myokardinfarkt

Ticagrelor

2x90 mg/d

1. Wahl

(PLATO)

Prasugrel

1x10 mg/d

1. Wahl

<75J
KI: Schlaganfall/TIA (TRITON)

Clopidogrel

75 mg/d

Wenn Ticagrelor/Prasugrel KI

Dauer: Standard 12 Monate | Verlängerung (PEGASUS) oder Verkürzung je nach Blutungsrisiko (DAPT-Score)

Indikation & Präparate

- **Metoprolol**
- **Bisoprolol, Carvedilol (HFrEF)**
- Beginn: früh nach Stabilisierung
- Ziel-Herzfrequenz in Ruhe: +/- 60/min
- Dauer: ≥12 Mo., bei LVEF <40% dauerhaft

Nutzen

- ↓ plötzlicher Herztod
- ↓ Re-Infarkt & Arrhythmien
- Verbesserung der LV-Funktion

Kontraindikationen

- Bradykardie / AV-Block II-III°
- Kardiogener Schock
- Schweres Asthma bronchiale

ACE-Hemmer / ARB

Ramipril, Candesartan

Wann: Ab Stabilisierung, v.a. LVEF <40%, Hypertonie, Diabetes

Benefit: ↓ Remodeling, ↓ Mortalität

Statine

Hochdosiert: Atorvastatin 40–80 mg

Wann: Start sofort, Ziel LDL <1,4 mmol/l

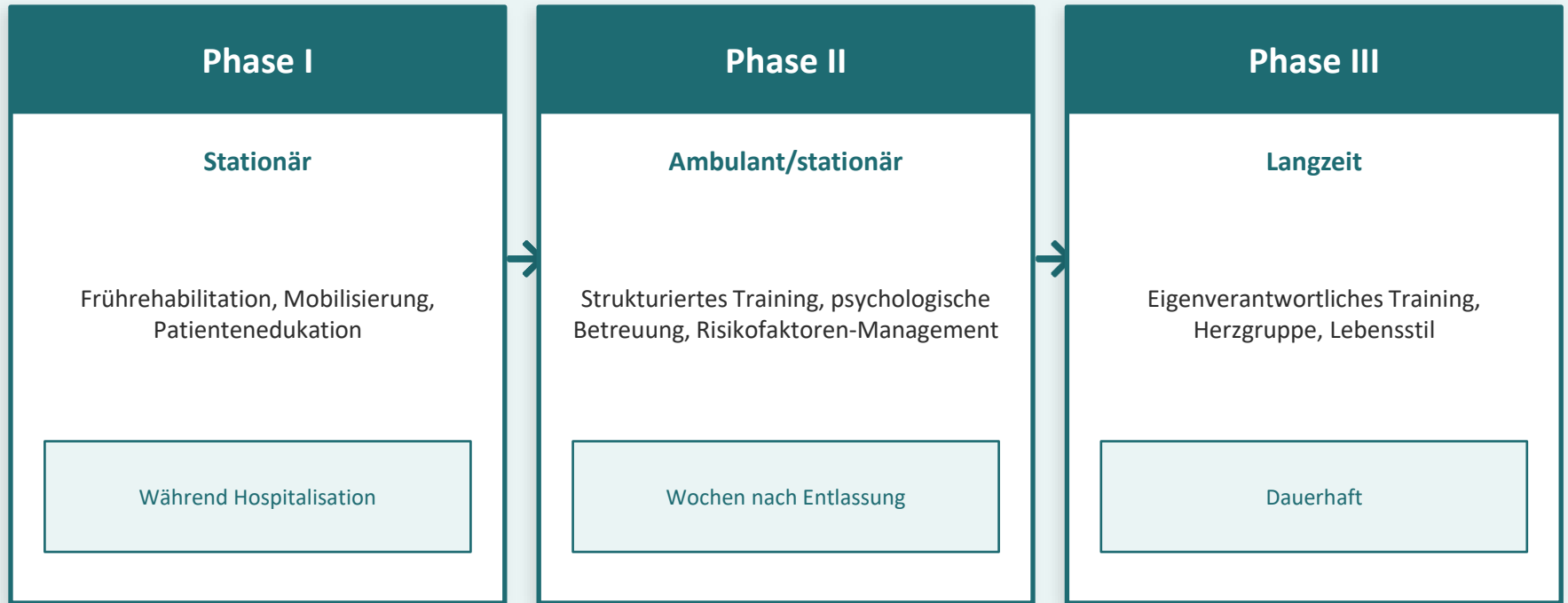
Benefit: ↓ Plaque-Instabilität, ↓ kardiovask. Ereignisse

Aldosteron-Antagonist

Eplerenon / Spironolacton

Wann: Bei EF <40% + Herzinsuffizienz oder Diabetes

Benefit: ↓ Mortalität (EPHESUS)



Evidenz: ↓ Mortalität bis 26%, ↓ Re-Hospitalisierung (Cochrane-Metaanalyse) – Empfehlung: ESC Klasse IA

Körperliches Training

Aerobes Ausdauertraining 3–5×/Woche
50–70% Herzfrequenzreserve, Krafttraining ergänzend

Risikofaktoren-Management

Blutdruck, LDL, HbA1c, Rauchen
Medikamenten-Adhärenz stärken

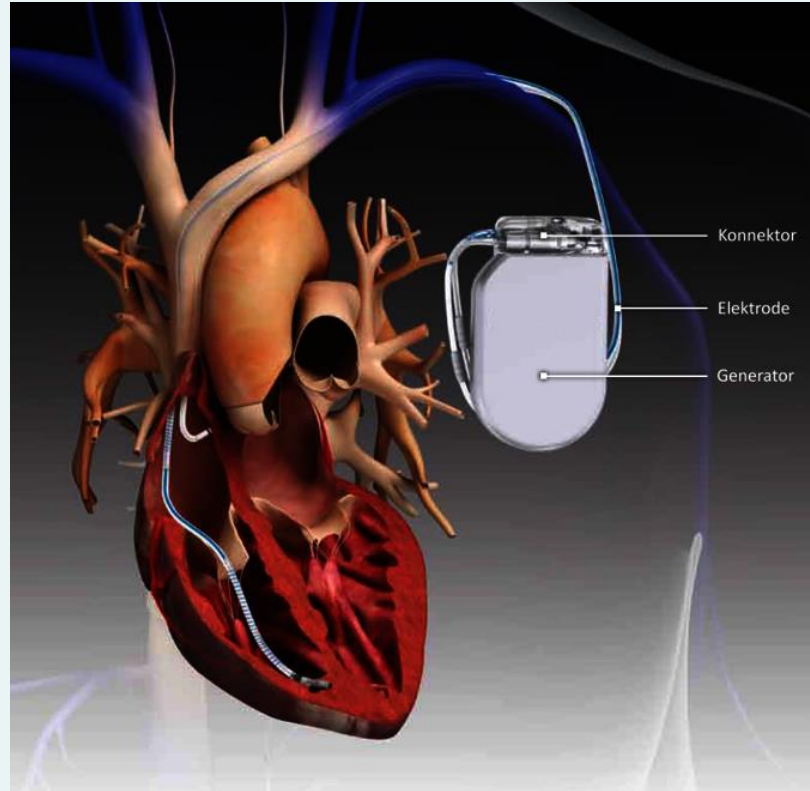
Psychosoziale Betreuung

Depression nach MI in ~30%
Angst, Stressbewältigung, PTSD-Screening

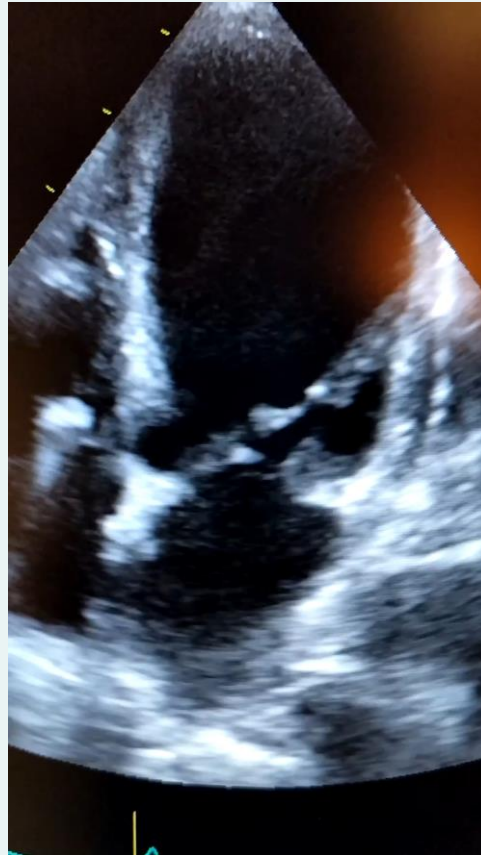
Patientenedukation

Erkrankungsverständnis, Notfallmanagement
Ernährung, Gewicht, Alkohol

ICD – Implantiertes Kardioverter-Defibrillator



ICD – Implantierter Kardioverter-Defibrillator



LVEF

≤ 35 %

Schlüssel-Kriterium

Primärprävention

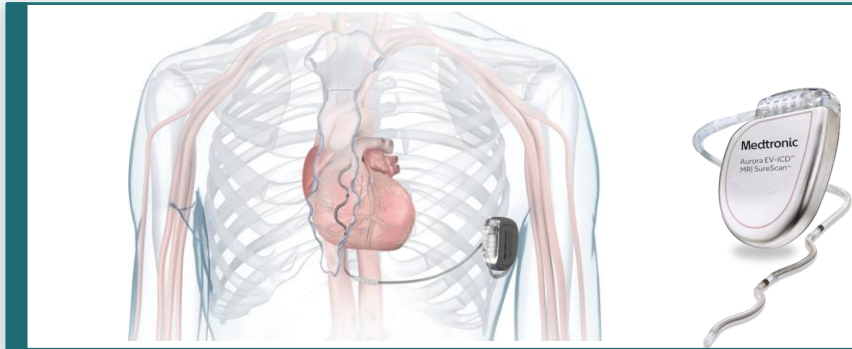
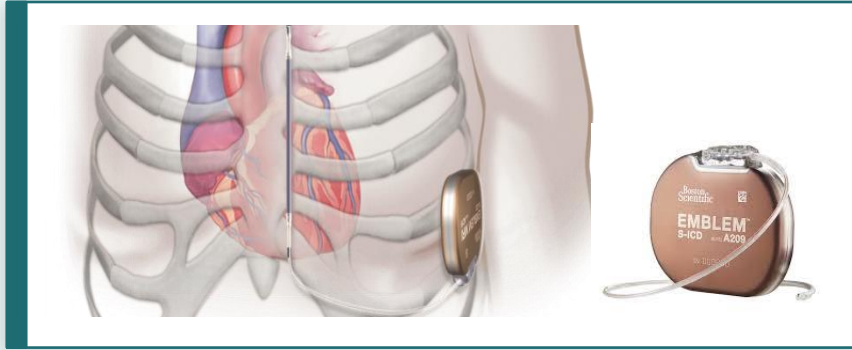
- LVEF ≤35% nach Myokardinfarkt
- ≥40 Tage nach MI / ≥3 Mo. nach Revaskularisation
- NYHA II–III unter opt. medikamentöser Therapie
- Lebenserwartung >1 Jahr

Sekundärprävention

- Überlebter Herzstillstand (VF/VT)
- Anhaltende VT mit hämodyn. Instabilität
- Synkope + induzierbare VT

Timing: Erst nach ≥40 Tagen + mind. 3 Monaten optimaler Medikation reassessieren – LVEF kann sich erholen!

Nicht transvenöse ICDs





Raucherentwöhnung

↓ Mortalität 36% im 1. Jahr – wichtigste Einzelmaßnahme!



Mediterrane Ernährung

↓ Herz-/Kreislauf-Ereignisse. Salzreduktion, Alkohol↓.



Körperliche Aktivität

≥150 min/Woche moderate Intensität, Ziel: BMI <25 kg/m²



Stressreduktion

Schlaf, soziale Unterstützung, ggf. psychologische Begleitung



Medikamenten-Adhärenz

Non-Adhärenz = häufige Ursache für Re-Ereignisse; Schulung/Erklärungen!

Take-Home Messages

1

DAPT (ASS + P2Y12-Inhibitor) ist Standard für 12 Monate nach ACS / PCI – Dauer individuell anpassen.

2

Betablocker senken Arrhythmien und Mortalität – bei EF <40% dauerhaft.

3

Kardiale Rehabilitation (Klasse IA-Empfehlung): senkt Mortalität und verbessert Lebensqualität signifikant.

4

ICD-Indikation: EF \leq 35% trotz \geq 40 Tage /+ 3 Monate optimaler Therapie.

5

Raucherentwöhnung ist die wirkungsvollste Einzelmaßnahme nach Herzinfarkt.