Das P im SAMPLER: KHK / Z. n. Stent

Vorerkrankung im Einsatz – „Was ändert sich, wenn ich das im P höre?“

Kernaussage

„Z. n. Stent“ ist kein abgeschlossenes Kapitel, sondern ein **doppelter Risikoschalter**: vorgeschädigte Koronarien (nächster Infarkt oft atypisch/stumm) **und** fast immer eine duale Plättchenhemmung (DAPT), die man nie eigenmächtig absetzt. Aufgabe des RD: früh ableiten, richtig anmelden, Dauertherapie nicht anrühren – nicht die Kardiologie.

Die DAPT – Wirkstoffe & Dauer (ESC)

Situation	P2Y12-Hemmer (+ ASS)	Standarddauer DAPT
Elektive PCI / chron. Koronarsyndrom	meist Clopidogrel	~6 Monate
Nach ACS (Herzinfarkt)	Ticagrelor oder Prasugrel	~12 Monate
Danach	ASS als Dauertherapie	unbefristet

DAPT = **duale Plättchenhemmung** (dual antiplatelet therapy): ASS + ein P2Y12-Hemmer. Verkürzung bei hohem Blutungsrisiko möglich – Entscheidung ist ärztlich.

Die Verräter im Medikamentenplan

Kombination	Bedeutung präklinisch
ASS + Clopidogrel (Plavix®)	oft stabile KHK – Stent liegt länger zurück
ASS + Ticagrelor (Brilique®) / Prasugrel (Efient®)	eher frischer Stent / Z. n. ACS – höchstes Thromboserisiko
Statin + Betablocker + ACE-Hemmer	typische KHK-Signatur (auch ohne genannten Stent)

Warum einsatzkritisch – die zwei Fallen

- **Falle 1 – atypischer/stummer Infarkt:** bei KHK, v. a. Diabetiker:innen, Frauen, alten Menschen oft ohne Brustschmerz. Angina-Äquivalente: Dyspnoe, Leistungsknick, Übelkeit, Schwäche, Oberbauch → niedrige Schwelle fürs 12-Kanal-EKG.
- **Falle 2 – DAPT/Stentthrombose:** eigenmächtiges, v. a. frühes Absetzen kann den Stent akut verschließen und das Risiko **vervielfachen** (am höchsten in den ersten Tagen). Absetzen ist ärztlich.

Merke: „Kein Brustschmerz“ schließt ein ACS NICHT aus · DAPT nie eigenmächtig absetzen (Stentthrombose).

Was sich für dich ändert

- **12-Kanal-EKG früh & großzügig** – Symptome können atypisch oder stumm sein.
- **Zielklinik mit Herzkatheter (PCI)**, kurze Door-to-Balloon-Zeit, früh anmelden; ASS/Heparin nach lokaler SOP.
- **DAPT erfragen & dokumentieren** – welcher zweite Hemmer, seit wann Stent (für Blutung UND Klinik).
- **Blutung unter DAPT:** Kompression → Druckverband → Tourniquet, keine i.m.-Injektionen – Dauertherapie nicht selbst beenden.

Typische Fehler

Fehlenden Brustschmerz als Entwarnung nehmen · DAPT nur als Blutungsrisiko lesen und die Stentthrombose vergessen · früheres Stent-/PCI-Ereignis übersehen · Zielklinik ohne Herzkatheter

wählen · kein / zu spätes 12-Kanal-EKG · Plättchenhemmer eigenmächtig pausieren.

MERKSATZ

Stent im P = zwei Fallen: Der nächste Infarkt tut vielleicht nicht weh (früh EKG, PCI-Klinik) – und die zwei Plättchenhemmer setzt du nie selbst ab.

Quellen (Stand 2026-08-05)

ESC 2023 Leitlinie ACS; ESC 2024 Leitlinie chronisches Koronarsyndrom (DAPT ~6 Mon. elektiv / ~12 Mon. nach ACS); Analyse zum Risiko bei DAPT-Unterbrechung (JACC Cardiovasc Interv 2022); DEGAM S2e Neue Thrombozytenaggregationshemmer (053-041); Deutsches Ärzteblatt „Patienten nach Stentimplantation“.

Maßgeblich sind stets die aktuellen Leitlinien und die SOP des eigenen Rettungsdienstbereichs.

Bildungsmaterial – kein Ersatz für ärztliche Anordnung, Ausbildung oder lokale SOP. · Autor: Niels Petersen · Kopf, Herz & Blaulicht – Damit's sitzt, wenn's zählt.