

LL_Titel	3. LL-Recherche	DELBI Krit. 30	DELBI Krit. 31	4. Lit-Recherche	DELBI Krit.8	5. Ein-/ Ausschluss- kriterien	DELBI Krit. 9	Anmerkungen
Management of Antithrombotic Therapy in Atrial Fibrillation Patients Presenting with Acute Coronary Syndrome and/or Undergoing Percutaneous Coronary Intervention/ Stenting. Thromb Haemost 2010; 103: 13–28	keine Angaben	1	1	PubMed/MEDLINE and the Cochrane Library (including the Cochrane Database of Systematic Reviews and the Cochrane Controlled Trials Registry)	2	English-language sources and studies in human subjects	2	Auflistung von LL-Empfehlungen im extra Suppl., und Übersicht über Levels of Evidence und Empfehlungsgraden
Acute Coronary Syndromes: Initial Medical Therapy. ARC and NZRC Guideline 2011. Emergency Medicine Australasia (2011) 23, 308–311	keine Angaben	1	1	keine Angaben	1	keine Angaben	1	kein Verweis auf weitere Dokumente, Evidenzgrade und Empfehlungsgrade vergeben, Zusammenstellung der Empfehlung
New Zealand 2012 guidelines for the management of non ST-elevation acute coronary syndromes. NZMJ 29 June 2012, Vol 125 No 1357; ISSN 1175 8716	keine Angaben	1	1	keine Angaben	1	keine Angaben	1	basierend auf ESC-Guideline "Acute Coronary Syndromes (ACS) in patients presenting without persistent ST-segment elevation (Management of)"
2012 ACCF/AHA Focused Update Incorporated Into the ACCF/AHA 2007 Guidelines for the Management of Patients With Unstable Angina/Non–ST-Elevation Myocardial Infarction	keine Angaben	1	1	The 2007 guideline committee members reviewed and compiled published reports through a series of computerized literature searches of the English-language literature since 2002 and a final manual search of selected articles.	1	keine Angaben	1	The focused update is not intended to be based on a complete literature review from the date of the previous guideline publication but rather to include pivotal new evidence that may affect changes to current recommendations. See the 2012 focused update

				Details of the specific searches conducted for particular sections are provided when appropriate.				for the complete preamble and evidence review period
Society Guidelines Focused 2012 Update of the Canadian Cardiovascular Society Guidelines for the Use of Antiplatelet Therapy. Canadian Journal of Cardiology 29 (2013) 1334e1345								The updated guideline was developed using the same methodology as the original guideline ¹ but for this iteration, we adopted the Grading of Recommendations assessment, Development, and Evaluation (GRADE) system to evaluate evidence and determine the strength of recommendations Vorgänger-LL kostenpflichtig zu bestellen
2013 ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease. European Heart Journal (2013) 34, 2949–3003	keine Angaben	1	1	keine Angaben	1	keine Angaben	1	
Secondary prevention for patients after a myocardial infarction: summary of updated NICE guidance. BMJ 2013;347:f6544 doi: 10.1136/bmj.f6544 (Zusammenfassung der wichtigsten Empfehlungen der LL "MI: secondary prevention Secondary prevention in primary and secondary care for patients								NICE recommendations are based on systematic reviews of best available evidence and explicit consideration of cost effectiveness. When minimal evidence is available, recommendations are based on the Guideline Development Group's

following a myocardial infarction This guideline replaces NICE inherited guideline A, Mai 2007"								experience and opinion of what constitutes good practice.
The Use of Antiplatelet Therapy in the Outpatient Setting: Canadian Cardiovascular Society Guidelines. Canadian Journal of Cardiology 27 (2011) S1–S59	National Guidelines Clearinghouse Web site	3	2	MEDLINE, Embase, and Cochrane databases	3	keine Angaben	1	
MI: secondary prevention Secondary prevention in primary and secondary care for patients following a myocardial infarction This guideline replaces NICE inherited guideline A, Mai 2007	<ul style="list-style-type: none"> Guidelines In International Network database (www.g-i- n.net) National Guideline Clearing House (www.guideline.gov/) National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (www.nice.org.uk) National Institutes of Health Consensus Development Program (consensus.nih.gov/) National Library for Health (www.library.nhs.uk/) 	1	1	MEDLINE, Embase and The Cochrane Library, AMED, Psycinfo, Cinahl, NHS economic evaluation database (NHS EED), the Health Economic Evaluations Database (HEED) and health technology assessment (HTA)	4	benannt	4	
Nationale VersorgungsLeitlinie "Chronische KHK", 2. Auflage, Version 1, Juli 2013	Medline, Embase, Cochrane	4	2	nur LL-Adaptation	1	keine Angaben	1	aufbereitete Evidenzdarlegungen aus internationalen evidenzbasierten Leitlinien aus dem In- und Ausland zu nutzen Angaben zur LL- Recherche aus Clearingbericht von 2003

Antithrombotic and Thrombolytic Therapy for Ischemic Stroke Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. CHEST 2012; 141(2)(Suppl):e601S–e636S und Methodikpaper CHEST 2012; 141(2)(Suppl):53S–70S	keine Angaben	1	1	Medline, the Cochrane Library, and the Database of Abstracts of Reviews of Effects	2	allgemeine Angaben	2	GRADE Methodik verwandt, Extra Publikation hinsichtlich methodischer Vorgehensweise
ESC Guidelines on the diagnosis and treatment of peripheral artery diseases. European Heart Journal (2011) 32, 2851–2906, doi:10.1093/eurheartj/ehr211	keine Angaben	1	1	keine Angaben	1	keine Angaben	1	Dokumentation von Evidenzlevel und Empfehlungsgraden
Myocardial infarction with STsegment elevation The acute management of myocardial infarction with ST-segment elevation. July 2013	Guidelines International Network database (www.g-i-n.net) National Guideline Clearing House (www.guideline.gov/) National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (www.nice.org.uk) National Institutes of Health Consensus Development Program (consensus.nih.gov/) National Library for Health (www.library.nhs.uk/)	1	1	MEDLINE, Embase, Cinahl and The Cochrane Library	4	benannt	4	

Tab.2: Zusammenfassung der Empfehlungen aus den internationalen LL zur Therapie mit Thrombozyten-Aggregationshemmern

Empfehlung LL Gelb= LL-Empfehlungen Hessen Weitere Zeilen für Empfehlungen anderer LL	Eingeschlossene Leitlinien: bitte eintragen: + = Konkordanz; - = Diskordanz; 0= keine Aussage; LoE = Level of Evidence (I= hoch, III= niedrig)														Bewertung/ Kommentare hinsichtlich weiterer Recherche
ASS	0.5 NICE Sek-Präv, Infarkt	1. ACC/AHA ACS/ NSTEMI	40. EHRA/ EAPCI VH- Flimmern	NZRC	16. ESC ACS/INST EMI	7. NZMA ACS/ NSTEMI	4. ACCF/ AHA stabile KHK	3. AHA/ ACC/ NSTEMI	A 18- ESC Stabile KHK	B 19. NICE Sek-Präv nach Infarkt	1 CCS	F21.ESC STEMI	g 22 ESC pAVK	h 23 ACCP Insult	
ASS ist Mittel der Wahl bei stabiler KHK wie nach Infarkt und sollte auf Dauer eingesetzt werden.	I				I 75-100 mg	I 75- 100 mg	I 75- 162 mg	I	I	I	I	I			+ In der Dosierung 75-100 mg sind alle Vorschläge enthalten
Bei ACS sollen 500 mg ASS gegeben, wenn nicht damit vorbehandelt		I 300 mg			I 150-300 mg	I 150- 300 mg		I				II			+
Bei Fibrinolyse bei akutem STEMI muss ASS oral oder iv gegeben werden.												II			Nicht hausärztlicher Bereich
Patienten mit instabiler Angina/NSTEMI, bei denen ein Bypass geplant ist, soll die ASS-Gabe fortgeführt werden.							I								nicht hausärztlich relevant
Bei symptomatischer pAVK wird ASS empfohlen													I I I		+
Nach Bypass an den Beinen sollte ASS allein oder in Kombination mit Dipyridamol gegeben werden.													I		Übernommen bis auf Dipyridamol - dies ist in Deutschland hierfür nicht zugelassen
Alle Patienten mit symptomatischer Carotis-Stenose (symptomatisch sollten ASS erhalten													I I		+
Alle Patienten mit a symptomatischer Carotis-Stenose) sollten ASS erhalten													I I		Nicht als Empfehlung, nur in Text übernommen – die in der LL zitierten Arbeiten beziehen sich nicht auf asymptomatische Patienten
Patienten mit akutem Insult oder TIA sollten ASS in einer Dosis von 160-325 mg erhalten														I	Nicht hausärztlich relevant – Entscheidung erst in der Klinik nach Bildgebung
Bei Patienten mit nicht-embolischem ischämischen Insult bzw. TIA wird eine Dauerbehandlung mit ASS 75-100 mg empfohlen.														I	+

Tab.2: Zusammenfassung der Empfehlungen aus den internationalen LL zur Therapie mit Thrombozyten-Aggregationshemmern

Empfehlung LL Gelb= LL-Empfehlungen Hessen Weitere Zeilen für Empfehlungen anderer LL	Eingeschlossene Leitlinien: bitte eintragen: + = Konkordanz; - = Diskordanz; 0= keine Aussage; LoE = Level of Evidence (I= hoch, III= niedrig)														Bewertung/ Kommentare hinsichtlich weiterer Recherche
Bei gastrointestinalen Symptomen unter ASS soll nicht auf Clopidogrel gewechselt, sondern mit PPI behandelt werden	II														+
Clopidogrel	3.5 NICE Sek-Präv, Infarkt Clopidogrel ACS/ NSTEMI	40. EHRA/ EAPCI VH-Flimmern	NZRC	16. ESC ACS/ NSTEMI	7. NZMA ACS/ NSTEMI	4. ACCF/ AHA stabile KHK	3. ACCF/ AHA ACS/ NSTEMI	A 18- ESC Stabile KHK	B 19. NICE Sek-Präv nach Infarkt	1 CCS	F21.ESC STEMI	g 22 ESC pAVK	h 23 ACCP Insult		
Clopidogrel soll nicht als Medikament der ersten Wahl bei stabiler KHK gegeben werden.									II					+	
Bei ASS-Intoleranz kann Clopidogrel eingesetzt werden	II	II			I	I	I	II	I		II			+	
Eine DAPT mit ASS plus Clopidogrel kann bei stabiler KHK in besonderen Situationen erwogen werden						IIb		IIb						- 2 Leitlinien geben hierfür in besonderen Situationen eine schwache Empfehlung, aber die Ergebnisse der beiden RCTs CHARISMA und MATCH sprechen klar dagegen.	
Patienten mit PTCA wegen ACS ohne größeres Blutungsrisiko sollten in den ersten 7 Tagen nach PTCA eine doppelte Dosis von 150 mg Clopidogrel erhalten, sofern DAPT aus ASS plus Clopidogrel.				IIa	II					II				+ Nicht übernommen – Sache der Klinik	
Nach elektivem BMS soll Clopidogrel 4 Wochen zusätzlich zu ASS gegeben werden								I		I	I			+	
Nach elektivem BMS soll bei sehr hohem Blutungsrisiko Clopidogrel 2 Wochen zusätzlich zu ASS gegeben werden										G C P				+	
Nach elektivem DES soll Clopidogrel 6 Monate zusätzlich zu ASS gegeben werden											II			+	
Nach elektiver Implantation eines DES soll Clopidogrel 6-12 Monate zusätzlich zu ASS gegeben werden								I						- De-novo-Recherche	

Tab.2: Zusammenfassung der Empfehlungen aus den internationalen LL zur Therapie mit Thrombozyten-Aggregationshemmern

Empfehlung LL Gelb= LL-Empfehlungen Hessen Weitere Zeilen für Empfehlungen anderer LL	Eingeschlossene Leitlinien: bitte eintragen: + = Konkordanz; - = Diskordanz; 0 = keine Aussage; LoE = Level of Evidence (I= hoch, III= niedrig)														Bewertung/ Kommentare hinsichtlich weiterer Recherche
Clopidogrel wird allen Patienten mit ACS (STEMI / NSTEMI) empfohlen, die für Ticagrelor oder Prasugrel nicht in Frage kommen, aber eine DAPT erhalten sollen.					II	I						I	I		+ Hinsichtlich Ticagrelor übernommen. Warum Prasugrel nicht empfohlen wird, wird in einer de-novo-Recherche belegt
Bei höherem Blutungsrisiko können kürzere Einnahmezeiten erwogen werden								I	IIb			I			Nicht als Empfehlung übernommen, sondern in Langtext aufgenommen
Clopidogrel	0.5 NICE Sek-Präv. Infarkt	10. ESC ACS/ NSTEMI	40. EHRA/ EAPCI/ VHFlinn	NZRC	16. ESC ACS/ NSTEMI	7. NZMA ACS/ NSTEMI	4. ACCF/ AHA stabile KHK	3. ACCF/ AHA ACS/ NSTEMI	A 18- ESC Stabile KHK	B 19. NICE Sek-Präv nach Infarkt	1 CCS	F21.ESC STEMI	g 22 ESC pAVK	h 23 ACCP Insult	
Nach ACS/NSTEMI soll Clopidogrel mindestens 12 Monate lang eingesetzt werden	I						I	I		II	I				Zur Dauer eine DAPT mit Clopidogrel nimmt die Leitlinie nicht Stellung, sondern verweist auf die Stellungnahme des IQWiG. An erster Stelle wird Ticagrelor empfohlen - s.u.
Nach rein medikamentös behandeltem STEMI soll Clopidogrel mind.. 4 Wochen lang eingesetzt werden	I									I	I				+
Nach STEMI sollte eine DAPT 12 Monate lang durchgeführt werden	II										II I	IIa			Modifizierung: falls Ticagrelor nicht vertragen wird, sollte eine DAPT mit Clopidogrel für 2-4 Wochen durchgeführt werden. Für eine DAPT nach PTCA liegen keine Daten vor.
Bei hohem Infarkttrisiko soll die mögliche Beendigung einer DAPT mit Clopidogrel vor ACVB mit dem Kardiochirurgen abgesprochen werden, ggfs. sollte 5 Tage vor ACVB pausiert werden.		III						I			III				
Bei pAVK der Beine kann Clopidogrel alternativ zu ASS eingesetzt werden.													II		
Nach unbeschichtetem Stent an den Beinen sollten einen Monat lang Clopi + ASS gegeben werden.													III		
Nach Bypass am Unterschenkel kann eine DAPT mit Clopidogrel + ASS auf Dauer													II		

Tab.2: Zusammenfassung der Empfehlungen aus den internationalen LL zur Therapie mit Thrombozyten-Aggregationshemmern

Empfehlung LL Gelb= LL-Empfehlungen Hessen Weitere Zeilen für Empfehlungen anderer LL	Eingeschlossene Leitlinien: bitte eintragen: + = Konkordanz; - = Diskordanz; 0= keine Aussage; LoE = Level of Evidence (I= hoch, III= niedrig)														Bewertung/ Kommentare hinsichtlich weiterer Recherche
erwogen werden.															
Nach Carotis-Stent ist eine DAPT empfohlen													II		Modifikation der Empfehlung: „...für die Dauer von 4 Wochen“
Bei Patienten mit nicht-embolischem ischämischem Insult bzw. TIA wird eine Dauerbehandlung mit Clopidogrel 75 mg empfohlen.														I	De-novo-Recherche. Modifikation zu: „Clopidogrel kann bei ASS-Unverträglichkeit eine Option sein.“
Bei Patienten mit nicht-embolischem ischämischem Insult bzw. TIA wird eine Dauerbehandlung mit einer Kombination aus Clopidogrel und ASS empfohlen														II	De-novo-Recherche
Nach Insult oder TIA bei paroxysmalem Vorhofflimmern sollte statt der Gabe von Clopidogrel eine orale Antikoagulation bevorzugt werden.														I	+
Clopidogrel	0.5 NICE Sek-Präv, Infarkt	10. ESC ACS/STEMI	40. EHRA/EAPCI/VH-Flimmern	NZRC	16. ESC ACS/NSTEMI	7. NZMA ACS/NSTEMI	4. ACCF/AHA stabile KHK	3. ACCF/AHA ACS/NSTEMI	A 18- ESC Stabile KHK	B 19. NICE Sek-Präv nach Infarkt	1 CCS	F21.ESC STEMI	g 22 ESC pAVK	h 23 ACCP Insult	
Clopidogrel sollte nach ischämischem Insult, vorrangig vor ASS eingesetzt werden.														II	- nicht übernommen. Die LL benennt als Beleg nur CAPRIE, und darin ließ sich keine Überlegenheit zeigen
Für Patienten, die für eine Antikoagulation nicht geeignet sind, wird vorrangig die Kombination von ASS und Clopidogrel vor einer ASS-Monotherapie empfohlen.														II	Für Patienten mit Indikation für eine orale Antikoagulation, die für eine solche aus anderen Gründen als einem erhöhten Blutungsrisiko jedoch nicht geeignet sind, wird vorrangig die Kombination von ASS und Clopidogrel vor ASS allein empfohlen.
Patienten mit einer Ulcusanamnese sowie solche mit einem erhöhten Ulcusrisiko sollten zur DAPT einen PPI hinzu					I					II	II	Ila			+ Modifikation: bei erhöhtem

5

Tab.2: Zusammenfassung der Empfehlungen aus den internationalen LL zur Therapie mit Thrombozyten-Aggregationshemmern

Empfehlung LL Gelb= LL-Empfehlungen Hessen Weitere Zeilen für Empfehlungen anderer LL	Eingeschlossene Leitlinien: bitte eintragen: + = Konkordanz; - = Diskordanz; 0 = keine Aussage; LoE = Level of Evidence (I= hoch, III= niedrig)														Bewertung/ Kommentare hinsichtlich weiterer Recherche
Prasugrel sollte bei stabiler KHK bei Patienten mit Stent-Thrombose unter Clopidogrel erwogen werden.										III		III			De-novo-Recherche
Prasugrel kann in speziellen Risikokonstellationen bei stabiler KHK erwogen werden (LCA-Stenose, hohes Risiko für Stent-Thrombose, Diabetes)										III					De-novo-Recherche
Ticagrelor	0.5 NICE Sek-Präv, Infarkt	4. ACCF/ AHA stabile KHK	40. EHRA/ EAPCI VH-Flimmern	NZRC	16. ESC ACS/ NSTEMI	7. NZMA ACS/ NSTEMI	4. ACCF/ AHA stabile KHK	3. ACCF/ AHA ACS/ NSTEMI	A 18- ESC Stabile KHK		B 19. NICE Sek-Präv nach Infarkt	1 CCS	F21.ESC STEMI	g 22 ESC pAVK	h 23 ACCP Insult
Ticagrelor wird allen Patienten mit ACS empfohlen, auch wenn sie mit Clopidogrel vorbehandelt waren. Clopidogrel soll dann abgesetzt werden					=	1. Wah		I			I	I	II		+
Ticagrelor als Monotherapie sollte bei instabiler Angina/NSTEMI eingesetzt werden, wenn ASS nicht verwendet werden kann								I 12 Monate							Nicht übernommen, weil ungenügend mit Evidenz belegt
Ticagrelor	0.5 NICE Sek-Präv, Infarkt	4. ACCF/ AHA stabile KHK	40. EHRA/ EAPCI VH-Flimmern	NZRC	16. ESC ACS/ NSTEMI	7. NZMA ACS/ NSTEMI	4. ACCF/ AHA stabile KHK	3. ACCF/ AHA ACS/ NSTEMI	A 18- ESC Stabile KHK		B 19. NICE Sek-Präv nach Infarkt	1 CCS	F21.ESC STEMI	g 22 ESC pAVK	h 23 ACCP Insult
Bei höherem Blutungsrisiko können kürzere Einnahmezeiten erwogen werden								I							+
Bei Patienten nach ACS sollte Ticagrelor vor nicht notfallmäßigen größeren chirurgischen Eingriffen abgesetzt werden, wenn vertretbar.					IIa	II									Nicht als Empfehlung, sondern in den Text überommen: „wenn eine OP nötig, aber nicht hoch dringlich ist, nach Rücksprache mit Chirurgen und Kardiologen“

Tab.2: Zusammenfassung der Empfehlungen aus den internationalen LL zur Therapie mit Thrombozyten-Aggregationshemmern

Empfehlung LL Gelb= LL-Empfehlungen Hessen Weitere Zeilen für Empfehlungen anderer LL	Eingeschlossene Leitlinien: bitte eintragen: + = Konkordanz; - = Diskordanz; 0 = keine Aussage; LoE = Level of Evidence (I= hoch, III= niedrig)														Bewertung/ Kommentare hinsichtlich weiterer Recherche
Bei elektiver PTCA sollte Ticagrelor bei stabiler KHK und niedrigem Infarktisiko nicht verwendet werden									III						In den Text übernommen
Bei Patienten mit instabiler Angina/NSTEMI, bei denen ein Bypass geplant ist, sollte Ticagrelor 5 Tage vor OP abgesetzt werden.								I			GC P				+
Eine Behandlung mit Ticagrelor sollte so bald wie möglich nach ACVB wieder begonnen werden.					IIa										
Triple-Therapie	0.5 NICE Sek-Präv, Gefäße Infarkt	ACS/ NSTEMI	40. EHRA/ EAPCI VH- Flimmern	NZRC	16. ESC ACS/ NSTEMI	7. NZMA ACS/ NSTEMI	4. ACCF/ AHA stabile KHK	3. ACCF/ AHA ACS/ NSTEMI	A 18- ESC Stabile KHK	B 19. NICE Sek-Präv nach Infarkt	1 CCS	F21.ESC STEMI	g 22 ESC pAVK	h 23 ACCP Insult	
Bei stabiler KHK und Vorhofflimmern sollten DES streng vermieden werden. Sie sollten allenfalls in besonderen Situationen wie bei sehr kleinen Gefäßen, langen Läsionen etc. zum Einsatz kommen, wenn der zu erwartende Nutzen einer Triple-Therapie höher ist als das Blutungsrisiko.			IIa												
Wenn eine Antikoagulation erforderlich ist, soll sie zusätzlich zur Plättchenhemmung durchgeführt werden.												I			
Eine Triple-Therapie ist mit hohem Blutungsrisiko verbunden. Die entsprechenden Patienten sollten sorgfältig überwacht werden.								I				I			+
Triple-Therapie	0.5 NICE Sek-Präv, Gefäße Infarkt	ACS/ NSTEMI	40. EHRA/ EAPCI VH- Flimmern	NZRC	16. ESC ACS/ NSTEMI	7. NZMA ACS/ NSTEMI	4. ACCF/ AHA stabile KHK	3. ACCF/ AHA ACS/ NSTEMI	A 18- ESC Stabile KHK	B 19. NICE Sek-Präv nach Infarkt	1 CCS	F21.ESC STEMI	g 22 ESC pAVK	h 23 ACCP Insult	
Wegen des hohen Blutungsrisikos soll eine Triple-Therapie so kurz wie möglich durchgeführt werden												III			
Eine Triple-Therapie sollte nach BMS mindestens 4 Wochen lang durchgeführt werden			IIa												+ Modifikation: Triple-Therapie 1. bei stabiler KHK und oraler Antikoagulation wegen Vorhofflimmern - für 4 Wochen nach BMS,

Tab.2: Zusammenfassung der Empfehlungen aus den internationalen LL zur Therapie mit Thrombozyten-Aggregationshemmern

Empfehlung LL Gelb= LL-Empfehlungen Hessen Weitere Zeilen für Empfehlungen anderer LL	Eingeschlossene Leitlinien: bitte eintragen: + = Konkordanz; - = Diskordanz; 0= keine Aussage; LoE = Level of Evidence (I= hoch, III= niedrig)													Bewertung/ Kommentare hinsichtlich weiterer Recherche
														<p>danach nur OAK - für 3 Monate bei "limus-Stent" und für 6 Monate bei Paclitaxel-Stent, danach OAK+Clopidogrel bis Monat 12 und weiter nur OAK</p> <p>2. bei ACS jeder Art Unabhängig vom DES-Typ für 6 Monate, danach OAK+Clopidogrel bis Monat 12 und weiter nur OAK</p>
Eine Triple-Therapie sollte nach „-limus“-DES mindestens 3 Monate lang durchgeführt werden			IIa											+
Eine Triple-Therapie sollte nach einem mit Paclitaxel beschichteten DES mindestens 6 Monate lang durchgeführt werden			IIa											+
Unter einer Triple-Therapie sollte die INR auf 2,0-2,5 titriert werden.			IIa					IIb						+
Eine Triple-Therapie mit NOAK wird nicht empfohlen											I	I		De-novo-Recherche
Thrombozytentests	0.5 NICE Sek-Präv, G Infarkt ACS/ NSTEMI	40. EHRA/ EAPCI VH-Flimmern	NZRC	16. ESC ACS/ NSTEMI	7. NZMA ACS/ NSTEMI	4. ACCF/ AHA stabile KHK	3. ACCF/ AHA ACS/ NSTEMI	A 18- ESC Stabile KHK	B 19. NICE Sek-Präv nach Infarkt	1 CCS	F21.ESC STEMI	g 22 ESC pAVK	h 23 ACCP Insult	
Thrombozytenfunktionstests zur Steuerung und Dosierung von TAH werden nicht routinemäßig empfohlen								-						+
Dipyridamol	0.5 NICE Sek-Präv, G Infarkt ACS/ NSTEMI	40. EHRA/ EAPCI VH-Flimmern	NZRC	16. ESC ACS/ NSTEMI	7. NZMA ACS/ NSTEMI	4. ACCF/ AHA stabile KHK	3. ACCF/ AHA ACS/ NSTEMI	A 18- ESC Stabile KHK	B 19. NICE Sek-Präv nach Infarkt	1 CCS	F21.ESC STEMI	g 22 ESC pAVK	h 23 ACCP Insult	

Empfehlung LL Gelb= LL-Empfehlungen Hessen Weitere Zeilen für Empfehlungen anderer LL	Eingeschlossene Leitlinien: bitte eintragen: + = Konkordanz; - = Diskordanz; 0= keine Aussage; LoE = Level of Evidence (I= hoch, III= niedrig)													Bewertung/ Kommentare hinsichtlich weiterer Recherche
Bei Patienten mit nicht-embolischem ischämischem Insult bzw. TIA wird eine Dauerbehandlung mit ASS+Dipyridamol /25/200 mg) empfohlen.													I	"Zur Verwendung von Dipyridamol und Cilostazol nimmt diese Leitlinie nicht Stellung. Es wird auf den IQWiG-Report zu Dipyridamol verwiesen.