

Wirkstoff Handelsprodukte	Acetylsalicylsäure (ASS) ASPIRIN / ASS CARDIO®, div. Generika	Clopidogrel PLAVIX® div. Generika	Prasugrel EFIENT® div. Generika	Ticagrelor BRILIQUE®, div. Generika
Wirkstoffgruppe	Irreversibler COX-Hemmer		Irreversible P2Y ₁₂ -Rezeptor-Antagonisten	
Darreichungsform (ML)	Tabl 100, / Plv 100 mg ASPEGIC (off-label)	Tabl 75, 300 mg	Tabl 5, 10 mg	Tabl 60, 90 mg, SchmelzTbl 90 mg
Indikation [1-4]	Primärprophylaxe bei sehr hohem kv- Risiko Sekundärprophylaxe nach ACS, zerebrale Ischämien; Prävention von Gefäßverschlüssen bei pAVK oder nach rekanalisierenden Eingriffen, nach Bypass, nach PCTA oder artiovenöse Shunts bei Dialysepatienten	Duale TAH in Kombination mit ASS nur nach ACS oder PCI (ggf. + Glykoprotein IIb/IIIa-Antagonisten in besonderen Fällen) Die Wahl richtet sich nach dem Risiko (Ischämie; Blutung), auch unter Einbezug der Komedikation. Siehe dazu die aktuellen Guidelines. Hinweis: Duale TAH mit ASS bei Prasugrel-/Ticagrelor- Unverträglichkeit oder -Kontraindikation bei ACS/PCI; Oder bei Indikation zur zusätzlichen Antikoagulation Mono TAH Alternative zu ASS bei KHK, pAVK, cerebraler Ereig.		
Dosierung [1-4; 5;7]	Dosierung / Gabe der Ladedosis / Erhaltungsdosis je nach Indikation, Blutungsrisiko und Guidelines: Einmalige Ladedosis: 150 - 300 mg (p.o.) resp. 75 - 250 mg (i.v.) Erhaltungsdosis: 100mg (-300mg) 1x/Tag	Dosierung / Gabe der Ladedosis richtet sich nach Indikation: Einmalige Ladedosis: 300 - 600 mg Erhaltungsdosis: 75 mg 1x/Tag	Einmalige Ladedosis: 1x 60mg Erhaltungsdosis: 18-75 J. und ≥ 60 kg: 10 mg 1x/Tag 18-75 J. und < 60 kg: 5 mg 1x/Tag ≥75 J. nicht empfohlen. Falls nötig: 5 mg 1x/Tag	Einmalige Ladedosis: 1x 180 mg Erhaltungsdosis: Nach 12 h: 90 mg 2x/Tag Ggf. nach 12 Mon.: 60 mg 2x/Tag
Wirkung [5;6;8]	ASS hemmt die COX 1+2 irreversibel → Hemmung TXA ₂ -Synthese in Thrombozyten → Thrombozytenaggregation ↓	" P2Y ₁₂ -Rezeptor-Antagonisten": Selektive und irreversible (Clopidogrel, Prasugrel) / reversible (Ticagrelor) Bindung an den ADP-Rezeptor P2Y ₁₂ . Dadurch wird die nachfolgende Aktivierung des GP-Komplexes IIb/IIIa gehemmt und so die Thrombozytenaggregation verhindert.		
Wirkbeginn und -dauer [1;5]	Wirkbeginn: <1 h, magensaftresistent: 2 bis 7 h Wirkungsdauer: ca. für 7-10 Tage	Wirkbeginn: 2-4 h Wirkdauer: 3-10 Tage	Wirkbeginn: 30 Min Wirkdauer: 7- 10 Tage	Wirkbeginn: 30 Min Wirkdauer: 3-5 Tage
Häufige und wichtige unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) [1-4;6] (Vollständigkeit siehe FI)	Verlängerte Blutungszeit; Mikroblutungen; Überempfindlichkeitsreaktionen; Asthma; Magenbeschwerden, Dyspepsie, Übelkeit, Erbrechen; Magen-Darm-Ulzerationen; Thrombozytopenie; Reye-Syndrom (v. a. <12J), ...	Blutungen (spontane Hämatome, hämorrhagische Diathese, Hämaturie, subkutane/dermale Blutungen, gastrointestinale Blutungen, Hämoptyse) Überempfindlichkeitsreaktionen, Thrombotisch-thrombozytopenische Purpura Dyspepsie; Diarrhoe; Hautausschläge; Pruritus, Kopfschmerzen, Gynäkomastie, Leuko-/Thrombozytopenie erworbene Hämophilie A, eosinophile Pneumonie, Arthritis,...		
Wichtigste Interaktionen [5;6]	- NSAID / Metamizol: ↓ Wirkung von ASS (TAH ↓) durch kompetitive, aber reversible Besetzung der COX-Bindungsstelle möglich - SSRI / Antikoagulantien: ↑ Blutungsrisiko; - Glukokortikoide: gastrointestinale Ulzerationen - ↓ renale Ausscheidung bestimmter WS (Digoxin, MTX) → unklare Relevanz bei low-dose ASS	Prodrug: Aktivierung CYP2C19 & CYP3A4. - CYP2C19-Inhibitoren (bspw. (Es-)Omeprazol): mögliche Hemmung der Aktivierung → ↓ Wirkung von Clopidogrel - CYP2C19-Induktoren: ggf. erhöhte Aktivierung → ↑ Wirkung von Clopidogrel (cave Blutungen) SSRI / Antikoagulation / NSAID: ↑ Blutungsrisiko	Prodrug: Aktivierung durch verschiedene CYP- Enzyme und Esterasen. Signifikante Interaktionen und veränderte Wirkstoffspiegel mit CYP-Enzymen wurden nicht beobachtet.	Substrat + schwacher Hemmer von CYP3A4 + P-gp. - P-gp- und/od. CYP3A-Inhibitoren (zB Cyclosporin): ↑ Wirkung von Ticagrelor - P-gp- und/od. CYP3A-Induktoren (zB Rifampicin): ↓ Wirkung von Ticagrelor Keine Kombi mit starken Inhibitoren/Induktoren
Überprüfung der Wirkung/ TDM [1;8]	Wirksamkeit von ASS auf die Thrombozytenfunktion kann überprüft werden (Aspirin Resistenz) (siehe unter Aspirin)	Wirksamkeit von P2Y ₁₂ -Rezeptor-Antagonisten kann durch Messung der P2Y ₁₂ - Rezeptor-Inhibition im Blut überprüft werden (siehe unter Plavix) Clopidogrel: Bei Patienten mit einer genetisch bedingten Funktionsminderung des CYP2C19 (Poor Metabolisers) wird um 70% weniger aktiver Metabolit gebildet als bei Patienten mit einer normalen Funktion des CYP2C19 → Reduzierte TAH. Pharmakogenetische Untersuchungen (Genotyp, CYP2C19-Aktivität)		
Kontraindikationen [1-4;6]	ASS-Unverträglichkeit; Analgetika-Asthma; Hämorrhagische Diathese; Magen-Darm-Ulzera; entzündliche Darmerkrankung; schwere Herz-; Niereninsuffizienz; schwere Leberfunktionsstörungen; ab 3.Trimenon der Schwangerschaft; Kinder bis 12 J. bei Infekt (Gefahr Reye Syndroms)	P2Y ₁₂ -Rezeptor-Antagonisten bewirken je nach Potenz eine verlängerte Blutungszeit. Daher sind kontraindiziert bzw. nur mit Vorsicht zu verwenden bei: akuten pathologische Blutungen (z.B. aktiven Magen-Darm Geschwüre); schwere Blutungen in der Anamnese (z.B. intrakranielle Blutung); schwere Leberinsuffizienz Organläsionen mit Blutungsneigung (akuter hämorrhagischer Schlaganfall); Hämorrhagische Diathesen; Ischämischer Schlaganfall oder transitorische ischämische Attacke in Anamnese. Prasugrel wird nicht empfohlen für Patienten ≥75 J.		
Perioperatives Management	Präinterventionell muss ASS nicht immer abgesetzt werden. Perioperatives Management in Abwägung des Blutungs- und des kv-Risikos gemäss behandelndem Arzt (Operateur, Kardiologe). Siehe folgende interne RL: Perioperatives Management chirurgischer Patienten unter TAH [10] Der minimale Zeitrahmen für das Absetzen bzw. für die Wiedereinführung einer dualen TAH-Therapie bei Patienten mit koronarer Herzkrankheit und elektiven Operationen, welcher von der ESC empfohlen wird, kann unter folgendem Link abgerufen werden: Duale TAH-Therapie bei koronarer Herzkrankheit (PDF S.33) [9]			
Bemerkungen	Alle TAH erhöhen das Blutungsrisiko, sodass die individuelle Blutungsneigung des Patienten berücksichtigt werden sollte. Bei gleichzeitiger Einnahme von blutungssteigernden WS ist ggf. die Gabe eines PPIs indiziert. Siehe dafür: "The power of sour". Bei Kombi mit Clopidogrel soll Pantoprazol bevorzugt werden aufgrund CYP2C19-Inhibition durch Es-/Omeprazol mit möglicher verminderter TAH. (Dosis zur Ulkusprophylaxe: 1x20mg).			
Weitere Wirkstoffgruppen TAH der ML	Glykoprotein IIb/IIIa-Rezeptorantagonist i.v.: INTEGRILIN Inf Ls 75 mg/100ml; INTEGRILIN Inj Ls 20mg/10ml (Wirkstoff Eptifibatid); AGGRASTAT Inf Ls 12.5 mg/250ml (Tirofiban); Synthetisches Prostazyklin (PGI ₂) -Derivat i.v.: ILOMEDIN Inf Konz 20 mcg/ml; ILOMEDIN Inf Konz 50 mcg/2.5ml (Wirkstoff Iloprost)			

Übersicht erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Aufzählungen sind nicht abschliessend zu verstehen. Für Details Fachinformation konsultieren.

Begriffe: ACS: Akutes Koronarsyndrom; ASS: Acetylsalicylsäure; COX: Cyclooxygenase; ESC: European Society of Cardiology; GP: Glykoprotein; kv: kardiovaskulär; ML: Medikamentenliste KSA; MTX: Methotrexat; PCI: Perkutane koronare Intervention; RL: Richtlinie; TAH: Thrombozytenaggregationshemmer/-ung; TDM: Therapeutic drug monitoring; TXA: Thromboxan; WS: Wirkstoff

Quellen: [1/ 2 /3 /4] compendium.ch Fachinformation Aspirin Cardio (Zugriff 14.04.2023)/ Fachinformation Plavix (Zugriff 14.04.2023)/ Fachinformation Efient (Zugriff 14.04.2023) / Fachinformation Brilique (Zugriff 14.04.2023)/ [5] Karow: Allgemeine und spezielle Pharmakologie 2021 29. Auflage/ [6] Geisslinger, Menzel, Gudermann, Hinz, Ruth: Mutschler Arzneimittelwirkungen 11.Auflage / [7] 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndroms (Zugriff 15.09.2021) / [8] Labor [DGVademecum](#) / [9] Valgimigli M et al, 2017 ESC focused update on dual antiplatelet therapy in coronary artery disease developed in collaboration with EACTS: The Task Force for dual antiplatelet therapy in coronary artery disease of the ESC and of the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). Eur Heart J. 2018 Jan 14;39(3):213-260 / [10] [Perioperatives Management chirurgischer Patienten unter Thrombozytenaggregationshemmern](#) (Zugriff am 17.07.2025)