

Vorhofflimmern – Turbulenzen im Herz

20 Fragen – 20 Antworten



Gut fürs Herz.

Deutsche
Herzstiftung



HÖREN, WAS GUT FÜRS HERZ IST

Der Podcast der Herzstiftung



- ♥ was neu und wichtig bei Herzerkrankungen ist
- ♥ was Herzpatienten auf dem Herzen haben
- ♥ Antworten von Kardiologen und Betroffenen



Direkt zum
Podcast
↪

Gut fürs Herz.

Deutsche
Herzstiftung



Vorhofflimmern – Turbulenzen im Herz

Vorhofflimmern ist häufig – und tückisch. Die zu Beginn meist anfallsartig mit unregelmäßigem und oft auch sehr schnellem Herzschlag einhergehende Erkrankung ist die häufigste Form einer Herzrhythmusstörung.

Bis zu zwei Millionen Menschen leiden nach Schätzungen allein in Deutschland darunter. Vor allem im Alter nimmt die Häufigkeit zu. Unbehandelt geht damit ein hohes Risiko für Schlagfall und Herzschwäche einher.

Doch nicht jeder Betroffene bemerkt die Rhythmusstörung so deutlich, dass er zum Arzt geht, damit dieser klärt, ob sie harmlos oder gefährlich ist. Doch wie lässt sich Vorhofflimmern früher erkennen? Was ist dann zu tun? Wir haben für Sie die wichtigsten 20 Fragen von Patienten zu dieser Herzrhythmusstörung kurz und kompakt in dieser Broschüre zusammengefasst.

Weitere Informationen unter: www.herzstiftung.de.

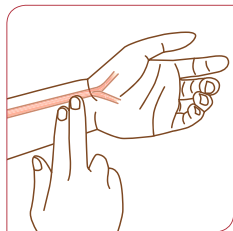
1 Wie kann ich feststellen, ob ich Vorhofflimmern habe?

Die Symptome sind sehr unterschiedlich und können bei betroffenen Patienten durchaus im Verlauf variieren. Typisch für das Vorhofflimmern ist, dass das Herz völlig aus dem Takt geraten ist – das Herz schlägt nicht nur unregelmäßig (es scheint zu „stolpern“), sondern unnatürlich schnell oder langsam. Dies kann mit Unruhe oder Abgeschlagenheit, Leistungsschwäche, Angstgefühlen, Atemnot, Brustschmerzen oder auch mit Schwindel und dem Gefühl drohender Ohnmacht verbunden sein. In vielen Fällen bemerken Betroffene die Rhythmusstörung aber auch gar nicht. Die Diagnose kann daher sicher nur mit einem Elektrokardiogramm (EKG) während eines Anfalls gestellt werden. Da die Arrhythmie auch von alleine wieder aufhören kann, sind häufig mehrfache EKG oder eine Langzeitaufzeichnung erforderlich, um einen Anfall zu dokumentieren.

Tipps, um – auch bislang unbemerktes – Vorhofflimmern selbst aufzudecken:

 regelmäßiges Tasten des Pulses am Handgelenk:
5 Minuten ruhig sitzen, dann Zeige- und Mittelfinger auf die Innenseite des Handgelenks legen (dort wo

die Unterarmarterie „pumpt“).
30 Sekunden lang Pulsschläge
zählen und zur Bestimmung der
„Herzfrequenz“ verdoppeln



♥ regelmäßige Blutdruckkontrolle
zu Hause mit Pulsanzeige (Selbst-
messung am Oberarm oder Handgelenk), unregel-
mäßige Töne oder eine „Error-Meldung“ können auf
Vorhofflimmern hinweisen

Die normale Herzfrequenz in Ruhe liegt zwischen
60 und 80 Schlägen pro Minute (und darf nachts
auch durchaus unter 50 Schläge pro Minute abfallen).



Treten Pulsunregelmäßigkeiten bei der Eigen-
untersuchung länger und gehäuft auf, sollten
Sie auch ohne die o. g. Beschwerden Ihren Arzt
informieren.

2 Ist eine Smartwatch nützlich, um Vorhofflimmern zu erkennen?

Der „Klassiker“ zum Nachweis von Vorhofflimmern ist
nach wie vor die 12-Kanal-EKG-Aufzeichnung in der
Praxis oder im Krankenhaus. Dort werden auch tragbare

Monitore über 24 bis zu 72 Stunden angelegt, und in Einzelfällen hilft ein winziger, vorübergehend implantierbarer Minirekorder, um z. B. nach Schlaganfall auf das Vorhofflimmern zu untersuchen.



Doch auch neuere Geräte wie spezielle Smartwatches können ein 1-Kanal-EKG aufzeichnen. Ein 1-Kanal-EKG misst dabei mehr als nur den Puls – es wird

auch der Herzrhythmus aufgezeichnet und in einer zugehörigen App dargestellt. Technisch erfolgt das „ohne Kabel“, u. a. durch einen Sensor an der Unterseite der Uhr, dessen Signale mit einem speziellen Algorithmus ständig analysiert werden. Einzelne, qualitativ hochwertige Smartwatches sind schon als Medizinprodukte geprüft und zertifiziert, viele Geräte genügen den Anforderungen aber noch nicht.

Vorteile: Dauerhafte Aufzeichnung und mögliche Messung zeitnah zu den Symptomen. Die Geräte sind auch für andere Rhythmusstörungen geeignet.

Nachteile: Hohe Kosten, die nicht von der Kasse getragen werden, mögliche Messfehler und auch Fragen von Sicherheit und Verarbeitung der Daten („Datenschutz“). Die Anwendung erfordert mitunter eine kleine Schulung und die Bedienung ist für Ältere nicht immer einfach.

Laut Europäischer Kardiologengesellschaft (ESC) ist ein damit erstelltes EKG erst beweisend, wenn die Diagnose über einen Arzt oder ein telemedizinisches Zentrum bestätigt wurde.



Aufgrund der schwerwiegenden Folgeerkrankungen von Vorhofflimmern (s. Frage 3) empfehlen Herzexperten ein regelmäßiges Testen auf diese Herzrhythmusstörung. Ein solches Screening wird vor allem Patienten mit erhöhtem Risiko für Vorhofflimmern (s. Frage 4) empfohlen.

3 Wie entsteht Vorhofflimmern und warum ist es gefährlich, wenn ich keine Beschwerden spüre?

Das Vorhofflimmern entsteht fast immer an der Einmündung der Lungenvenen (Pulmonalvenen) in den linken Herzvorhof durch Muskelzellen, die dort eine gesteigerte elektrische Aktivität besitzen. Zudem kommt es zu zellulären Veränderungen, die die mechanische Kraft der Vorhofzellen und die Blutflussgeschwindigkeit in den Vorhöfen verringern.

Die Folgen:



1. Stark erhöhtes Risiko für Schlaganfälle.
Hierbei spielt v. a. eine Ausstülpung im linken Vorhof („Vorhofohr“) eine besondere Rolle, da dort das langsamer fließende Blut besonders leicht stauen und verklumpen kann. Blutgerinnsel (Thromben) können mit dem Blutstrom ins Gehirn gespült werden.
2. Auf Dauer kommt es zur Vergrößerung (Dilatation) der Vorhöfe mit weiteren strukturellen Umbauprozessen, die letztlich dafür sorgen, dass das Vorhofflimmern schwieriger zu behandeln ist.
3. Akut oder auf Dauer kommt es zur reduzierten Durchblutung der Herzkammern. Die Herzkraft lässt nach, eine Herzschwäche entsteht, die ihrerseits Vorhofflimmern fördert.
4. Vorhofflimmern kann vorbestehende Herzklappenundichtigkeiten, vor allem der Mitralklappe, deutlich verschlechtern.
5. Beeinträchtigung anderer Organe, etwa des Gehirns und der Nieren.

4 Bin ich besonders durch Vorhofflimmern gefährdet?

Das Risiko für Vorhofflimmern hängt u. a. von Vorerkrankungen, Geschlecht, genetischer Belastung, Alter und Lebensstil ab. So nimmt mit steigendem Alter das Risiko für Vorhofflimmern deutlich zu. Ab 75 Jahren ist circa jeder 10. Mensch betroffen. Daneben ist ein unbehandelter Bluthochdruck ein häufiger Auslöser von Vorhofflimmern. Patienten, bei denen bereits eine Herzschwäche oder ein Herzklappenfehler bekannt ist, sollten schon vor dem 75. Lebensjahr regelmäßig auf Vorhofflimmern untersucht werden.

Auch Vorerkrankungen anderer Organe, wie eine chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), eine chronische Nierenfunktionsstörung, das Schlafapnoe-Syndrom und ein abgelaufener Herzinfarkt, begünstigen das Auftreten von Vorhofflimmern.



Wichtige beeinflussbare Lebensstilfaktoren sind darüber hinaus: Übergewicht, Bewegungsmangel, Rauchen und (erhöhter) Alkoholkonsum.

5 Wann sollte ich mit Vorhofflimmern ins Krankenhaus?

Beim erstmaligen Auftreten von Vorhofflimmern wird häufig eine Einweisung erfolgen, um rasch die nötigen Herzuntersuchungen durchzuführen, im Einzelfall auch, um einen Herzinfarkt oder eine Lungenembolie auszuschließen. Früher erfolgte die Einleitung einer Blutverdünnung mit Marcumar oft im Krankenhaus. Ist das Vorhofflimmern bekannt und sind die Symptome erträglich, ist im Verlauf auch eine bis zu 48-stündige „Wait and watch“-Periode vertretbar, nach der ein anschließender Hausarztbesuch erfolgt, um zu entscheiden, ob die bisherige Therapie ausreichend ist.

Bei heftigen Beschwerden mit Brustschmerzen und Atemnot oder nach kurzzeitiger Bewusstlosigkeit sollte direkt die 112 angerufen werden.

112
wählen!

6 Kann ich mich vor Vorhofflimmern schützen?

Manchmal ist das Auftreten von Vorhofflimmern mit bestimmten Lebenssituationen verknüpft, etwa mit Stress, Alkoholkonsum, üppigem Essen oder starkem Kaffeeconsum. Wer sich selbst gut beobachtet und dann versucht, die entsprechenden Situationen zu vermeiden, kann oft die Anfallshäufigkeit reduzieren.



Generell sind Rauchverzicht, möglichst geringer Alkoholkonsum und eine ausgewogene Ernährung wichtig für die allgemeine Gesundheit. Speziell die Reduktion und das Vermeiden von Übergewicht sowie regelmäßige Bewegung tragen dazu bei, dass Vorhofflimmern erst gar nicht entsteht bzw. besser in den Griff zu bekommen ist. Empfehlenswert ist moderates Ausdauertraining (z. B. Joggen/Walken, Radfahren) über 30–45 Minuten mindestens 3 x pro Woche. Sport wirkt sogar bei bereits bestehendem Vorhofflimmern als Therapiekomponente.



Achtung: Zu viel (Leistungs-)Sport, etwa Marathonlaufen, erhöht das Risiko für Vorhofflimmern.

Wichtig ist, dass das Vorhofflimmern begünstigende Begleiterkrankungen gut im Griff sind (s. Frage 2), wie eine Herzinsuffizienz oder Schlafapnoe. Der Blutdruck

sollte auf Werte unter 130/80 mmHg bei chronischem Hypertonus eingestellt sein. Auch bei unzureichender Behandlung von Schilddrüsenerkrankungen steigt das Risiko für Vorhofflimmern.

7 Welche Herzmedikamente helfen gegen das Vorhofflimmern?

Neben der so wichtigen Blutverdünnung kommen auch spezielle Pharmaka, die sogenannten „Antiarrhythmika“, zum Einsatz. Die medikamentöse Therapie unterscheidet zwischen zwei Therapiezielen: 1. der Frequenz- und 2. der Rhythmuskontrolle. Die Frequenzkontrolle soll den für die Betroffenen sehr unangenehmen schnellen Herzschlag reduzieren, das Vorhofflimmern besteht aber weiter. Eingesetzt werden Betablocker wie Metoprolol, Bisoprolol oder Nebivolol sowie Kalziumantagonisten wie Verapamil oder Digitalispräparate.

Die Rhythmuskontrolle zielt dagegen darauf ab, den normalen Rhythmus (Sinusrhythmus) wiederherzustellen und aufrechtzuerhalten. Hier reichen Betablocker alleine nicht aus. Sie werden oft mit Wirkstoffen wie Flecainid und Propafenon (Klasse-I-Antiarrhythmika) und im Verlauf auch Amiodaron (Klasse-III-Antiarrhythmikum) kombiniert.

8 Wie bedenklich sind die Nebenwirkungen von Antiarrhythmika?



Dem günstigen Effekt auf den Erhalt des Sinusrhythmus stehen seltene, jedoch teils gravierende Nebenwirkungen gegenüber, die eine Dauertherapie erschweren.

Flecainid und Propafenon: Unangenehm sind hier Magenunverträglichkeit, Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Unruhe. Bei weniger als 1 % der Patienten kann es auch zur bedrohlichen Verschlechterung von Arrhythmien, wie schnellem Vorhofflattern, anhaltenden Kammertachykardien und Kammerflimmern, kommen.

Amiodaron: löst seltener schnelle Herzrhythmusstörungen aus, führt aber auf Dauer zu vermindertem Pulsanstieg unter Belastung und gelegentlich muss sogar ein Herzschrittmacher implantiert werden. In der Dauertherapie bestehen mögliche Nebenwirkungen an Schilddrüse und Leber. Es kann zu Schäden des peripheren Nervensystems kommen (Neuropathien) und – sehr selten – zu einer Lungenschädigung. Unangenehm: erhöhte Lichtempfindlichkeit der Haut.

9 Warum muss ich Blutgerinnungshemmer (Antikoagulanzen) nehmen?

Etwa jeder fünfte Schlaganfall ist auf unerkanntes oder unzureichend behandeltes Vorhofflimmern zurückzuführen (s. Frage 3). Zum Abschätzen des individuellen Risikos wird ein besonderer Risikoscore angewendet. Die Buchstaben im sogenannten CHA₂DS₂-VASc-Score stehen für die wichtigsten Risikofaktoren/Vorerkrankungen, die jeweils mit einem Punktwert einberechnet werden. Bei fehlendem Risiko auf dieser Scala (bei Männern: 0 Punkte, bei Frauen: maximal 1 Punkt), wird die Einnahme von Antikoagulanzen nicht empfohlen. Bei höherem Punktwert steigt das Risiko, sodass sich hier mit einer Blutverdünnung das Schlaganfallrisiko nachweislich senken lässt. Die Blutverdünnung ist sehr effektiv, es lassen sich zwei von drei Schlaganfällen verhindern.



Jeder vermiedene Schlaganfall verhindert großes Leid durch bleibende Schäden wie Lähmungen, Sprachverlust und mehr.

Die auf Dauer als Tablette einzunehmenden gerinnungshemmenden Substanzen werden eingeteilt in

Vitamin-K-Antagonisten (VKA; Hauptwirkstoff Phenprocoumon, Markennamen: Marcumar, Falithrom) und nicht-Vitamin-K-abhängige neue oder direkte Antikoagulanzen (NOAK bzw. DOAK). Substanzen aus dieser Gruppe sind aktuell: Apixaban, Dabigatran, Edoxaban, Rivaroxaban (Markennamen: Eliquis, Pradaxa, Lixiana, Xarelto). Welche Substanz in welcher Dosis am besten geeignet ist, besprechen Hausarzt und/oder Kardiologe direkt mit dem Betroffenen. In circa 80 % der Fälle werden bei der Neueinstellung von Patienten mit Vorhofflimmern heute DOAK verordnet. Es ist zu erwarten, dass in den nächsten Jahren weitere neue Blutverdünner entwickelt werden.

10 Reicht nicht auch ASS zur Blutverdünnung?

Acetylsalicylsäure (ASS) ist ein Thrombozytenaggregationshemmer, der seit vielen Jahrzehnten erfolgreich bei Herzinfarkt oder Schlaganfall eingesetzt wird. Bereits in niedriger Dosierung sorgt die Substanz dafür, dass sich die roten Blutplättchen (=Thrombozyten) nicht so schnell zusammenballen und zu einem Thrombus verklumpen. Die Wirkung setzt in der frühen Phase der Blutgerinnung an. Weitere Substanzen aus dieser Gruppe: Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor. Viele Studien konnten aber belegen, dass der Effekt bei

Vorhofflimmern nicht ausreicht, um vor einem Schlaganfall zu schützen. Es werden hier ausschließlich die Antikoagulanzen (s. Frage 9) eingesetzt, die zu einer Verringerung der „flüssigen“ Gerinnungsfaktoren führen und im späteren Verlauf der Blutgerinnung eingreifen.

11 Wie hoch ist das Risiko für schwere Blutungen unter der Therapie mit Antikoagulanzen?

Kleine Blutergüsse in der Haut von Armen und Beinen sind häufig. Auch leichte offene Verletzungen, etwa im Haushalt und Garten, können länger und stärker bluten, lassen sich aber durch festes Andrücken eines Taschentuchs oder eines medizinischen Verbandes meist einfach und anhaltend stoppen. Wichtig bei Vitamin-K-Antagonisten ist die Kontrolle des INR-Wertes, um das Blutungsrisiko gering zu halten. Diese Kontrolle ist bei Einnahme von DOAK nicht nötig. Aufmerksam sollte man darauf achten, wenn z. B. der Urin blutig ist oder der Stuhl sich schwarz verfärbt, da dies auf eine innere Blutung hindeuten kann.

Eine Auswertung der DOAK-Zulassungsstudien zeigte, dass lebensbedrohliche Blutungen so häufig wie unter Vitamin-K-Antagonisten auftreten können, Blutungen in das Gehirn aber deutlich reduziert waren. In Summe

überwiegt der Schutz vor Schlaganfall das Risiko für schwere Blutungskomplikationen deutlich. DOAK schneiden beim Vergleich mit Vitamin-K-Antagonisten in puncto Anwendungsfreundlichkeit und Sicherheit in vielen Studien besser ab bei vergleichbarer Wirkung.

12 Kann ich vor einer Zahnoperation den Gerinnungshemmer einfach weglassen?



Jede Unterbrechung einer Blutverdünnung sollte mit dem Arzt abgesprochen werden.

Bei den DOAK-Präparaten ist aufgrund der schnellen und kurzen Wirkung eine Unterbrechung sehr viel einfacher als bei Einnahme von Vitamin-K-Antagonisten. Hier reichen wenige Stunden Unterbrechung, z. B. nur am Operationstag bei kleinen Eingriffen wie Zahnbehandlung, Magenspiegelung oder Herzkatheter, völlig aus.

Bei den Vitamin-K-Antagonisten wird der INR-Wert (Internationale Normalisierte Rate = sagt aus, wie schnell das Blut gerinnt) bestimmt, und der fällt meist erst nach 3–5 Tagen Unterbrechung ab, sodass eine Operation erst verzögert möglich wird.

Bei größeren Eingriffen mit hohem Blutungsrisiko – z. B. Hüftoperationen, Gallen- oder Wirbelsäulenchirurgie – muss eine längere Pause (bei DOAK von circa 1–3 Tagen) eingehalten werden, die immer individuell in Absprache mit beiden behandelnden Ärzten (Chirurg und Kardiologe) erfolgen sollte.

13 Was ist mit Bridging gemeint?

Als Bridging bezeichnet man bei einer gerinnungshemmenden Dauertherapie mit Vitamin-K-Antagonisten die zeitweise Überbrückung (von engl. bridge = Brücke) der bisherigen Medikation durch ein niedermolekulares Heparin (NMH), welches als Spritze 1–2-mal täglich unter die Haut gespritzt werden muss. So sollen Embolien während der längeren INR-Normalisierung in der Einnahmepause vor und nach der OP verhindert werden. Die Anwendung ist etwas kompliziert und bedarf der Laborkontrollen des INR-Wertes.

Bei der DOAK-Einnahme wird auf ein Bridging generell verzichtet, die Unterbrechung der Einnahme über circa 2–5 Tage mit raschem Wiederbeginn nach einer Operation ist einfach und ungefährlich (schnelle „on“-„off“-Wirkung der DOAK).

14 Muss ich mich bei einer Marcumar-Therapie anders ernähren?



Der Inhaltsstoff Phenprocoumon ist ein Vitamin-K-Antagonist (VKA). Daher kann die vermehrte Vitamin-K-Aufnahme die VKA-Wirkung abschwächen. Der Effekt ist bei ausgewogener Ernährung eher gering. Auf Vitamin-K-reiche Lebensmittel wie z. B. Spinat, Brokkoli oder verschiedene Kohlsorten, die zu einer gesundheitsfördernden Ernährung gehören, sollte nicht generell verzichtet werden. Bei vereinzelt hohem Verzehr ist aber eine häufigere INR-Kontrolle ratsam. Vermieden werden sollten auch reine Obst- und Gemüsetage. Viele Medikamente haben daneben Einfluss auf die VKA, daher sind alle neuen Präparate mit dem verschreibenden Arzt auf Wechselwirkungen zu prüfen.



Wichtig: Blutverdünner nicht mit Grapefruit-saft einnehmen! Dieser hemmt ein Enzym in der Leber (CYP3A4), das den Arzneistoff abbaut – das Blutungsrisiko steigt.

15 Kann ich meinen Gerinnungshemmer absetzen, wenn das Vorhofflimmern weg ist?

Bei der häufigen Form des „paroxysmalen“, also anfallsweisen Vorhofflimmerns gibt es immer längere Phasen von Sinusrhythmus mit dann unerwartet spontanem Wiederauftreten von Vorhofflimmern. Die Therapie mit einem Gerinnungshemmer sollte daher auch in symptomfreien Phasen fortgesetzt werden. Zusätzlich kann auch erneutes, unbemerktes Vorhofflimmern vorliegen, wie in vielen Untersuchungen belegt wurde.

Die Empfehlung zur Fortsetzung der Blutverdünnung gilt derzeit auch noch nach primär erfolgreicher Ablation, da es im Verlauf doch wieder zu Rückfällen kommen kann. Hier ist in Zukunft vielleicht eine Änderung möglich, zumindest bei eindeutig lange anhaltendem Ablationserfolg und niedrigem CHA₂DS₂-VASc-Score.

16 Was ist eine Kardioversion und was ist eine Ablation?

Die Kardioversion dient dazu, den Herzrhythmus wieder in den normalen Takt mit einem gleichmäßigen Herzschlag zu bringen, den Sinusrhythmus. Wenn das Herz nicht mehr von alleine in diesen Takt zurückkehrt, das unangenehme Vorhofflimmern nicht endet und zudem noch nicht allzu lange besteht (Wochen bis

Monate), führt der Arzt die Kardioversion durch, um die Effekte auf die Beschwerden zu beurteilen. Ist im Sinusrhythmus danach das Befinden deutlich besser, ist eine Dauertherapie zur Rhythmuskontrolle sinnvoll. Die Kardioversion kann entweder mit einem Medikament (hochdosiertes Antiarrhythmikum als Tablette oder Infusion) oder durch einen kurzen Stromstoß (Elektrokardioversion) in kurzer Betäubung erfolgen.



Bei der Ablation werden mithilfe eines Herzkatheters unter Röntgenkontrolle die für das Vorhofflimmern ursächlichen Herzmuskelzellen im linken Vorhof verödet – meist entweder mit Kälte (Kryoablation) oder Hitze durch (Hochfrequenz-) Stromabgabe. Im Prinzip wird dabei die elektrische Leitung zwischen Pulmonalvenen und Vorhof getrennt („Pulmonalvenenisolation“).

Aktuell werden viele neue Technologien in diesem Bereich eingesetzt, bei denen z. B. gezielt nur die Zellmembranen der Herzmuskelzellen durch Aufbau eines sehr schnellen elektrischen Feldes destabilisiert werden (Pulsed Field Ablation) und so die möglichen Nebenwirkungen der Prozedur verringert werden sollen.

17 Wann ist eine Ablation wirklich nötig?

Wenn sich im Sinusrhythmus anhaltend die mit dem Vorhofflimmern verbundenen Symptome bessern und das Vorhofflimmern trotz Medikamenten immer wieder oder zunehmend belastend auftritt, raten Ärzte derzeit zu einer Ablation. Bei schwerer Herzinsuffizienz plus chronischem Vorhofflimmern kann mit einer Ablation sogar ein Überlebensvorteil erreicht werden. Neu sind Studien, die auch den Einsatz der Ablation sehr früh und z. B. auch bei völlig asymptomatischen Patienten begründen. Hier ist aber noch keine allgemeine Empfehlung auszusprechen, die Entscheidung ist immer individuell in Hinblick auf Alter, Vorerkrankungen und die möglichen Risiken des Eingriffs zu treffen.



Patienten, die eine Katheterablation am Herzen erhalten sollen, haben zudem grundsätzlich Anspruch auf das Einholen einer qualifizierten ärztlichen Zweitmeinung.

18 Woher weiß ich, welches der verschiedenen Ablationsverfahren für mich das richtige ist?

Prinzipiell sind die Erfolgsaussichten durch eine Katheterablation bei den beiden gängigen Verfahren – mit einem Kälteballon (Kryoablation) oder mit Wärme durch Radiofrequenzabgabe – gleich. Das konnte in der sogenannten „Fire and Ice“-Studie nachgewiesen werden. Dennoch sind Rückfälle nicht selten. Viel hängt daher von der Erfahrung des ärztlichen Teams ab, das das jeweilige Verfahren anwendet. Zertifizierte Vorhofflimmern-Zentren, an denen mehrere hundert Ablationen pro Jahr durchgeführt werden, weisen eine entsprechende Erfahrung auf.

19 Welches Risiko besteht bei einer Ablation?

Schwerwiegende Komplikationen sind heute selten. Bei circa 1–2 % der Eingriffe kommt es z. B. zu Blutungen in den Herzbeutel oder zu einem Schlaganfall durch ein verschlepptes Blutgerinnsel. Potenziell gefährlich sind Verletzungen der Speiseröhre durch Hitzeanwendung, da sie nahe am Vorhof liegt. Am häufigsten, aber gut zu behandeln, sind Komplikationen im Leistenbereich, die durch den Katheterzugang über die Leistenvenen verursacht werden.



In zertifizierten rhythmologischen Zentren ist das Komplikationsrisiko in der Regel besonders gering.

20 Wie groß sind meine Chancen, dass das Vorhofflimmern nach einer Ablation ganz verschwindet?

Je nachdem, wie lange das Vorhofflimmern besteht, kann in 50–90 % der Fälle das Vorhofflimmern durch eine Katheterablation zum Verschwinden gebracht werden. Jüngere Menschen mit anfallsartigem (paroxysmalem) Vorhofflimmern profitieren am meisten (bis zu 80 % Erfolgsquote nach einem Jahr nach einmaligem, bis zu 90 % bei wiederholtem Eingriff). Meist sind bei Patienten mit anhaltendem (persistierendem) Vorhofflimmern mehrgleisige Therapiekonzepte oder mehrfache Ablationen nötig. Etwa jeder Dritte benötigt nach einer Ablation z. B. noch Antiarrhythmika.



Eine Ablation bietet keinen absoluten Schutz vor erneutem Vorhofflimmern.

Umfangreiche weitere Informationen erhalten Sie auf der Website der Deutschen Herzstiftung:

www.herzstiftung.de.

Dort können Sie auch den großen Ratgeber zum Thema Vorhofflimmern bestellen, der zu den Herzwochen 2022 erstellt wurde. Darin erläutern Kardiologen patienten-nah und umfassend den aktuellen medizinischen Stand bei Vorhofflimmern. Patienten schildern zudem ihre Erfahrungen mit dieser Erkrankung.

Turbulenzen im Herzen –
Vorhofflimmern
Bestellnr.: BR11*



Bestellen Sie einfach per **Bestellnummer**
unter Tel: **069 955128-400**,
per Mail: bestellung@herzstiftung.de
oder auf unserer Website www.herzstiftung.de

*Wir bitten um eine Spende für die Produktions- und Versandkosten:
www.herzstiftung.de/spenden



Mit Ihrer Spendenaktion zeigen Sie Herz!

Starten Sie Ihre eigene Spendenaktion.

Wer anlässlich einer Feier auf Geschenke verzichtet und seine Gäste um Spenden zugunsten der Herzstiftung bittet, kann konkrete Hilfe leisten und Hoffnung schenken – gemeinsam mit Familie, Bekannten oder Freunden.

Herzlichen Dank für Ihre Überweisung an:

Deutsche Herzstiftung e. V.

Spendenkonto: Frankfurter Volksbank

IBAN DE97 5019 0000 0000 1010 10

BIC FFVBDEFF

IMPRESSUM

Vorhofflimmern –
Turbulenzen im Herz
20 Fragen – 20 Antworten
Stand: Dezember 2024

HERAUSGEBER

Deutsche Herzstiftung e. V.
Bockenheimer Landstraße 94 – 96
60323 Frankfurt am Main
Telefon 069 955128-0
Fax 069 955128-313
info@herzstiftung.de
www.herzstiftung.de

GESTALTUNG / DRUCKVORSTUFE

Stefanie Schaffer,
www.visuellelogik.de/
Schaufler GmbH, Frankfurt
www.schauflergroup.de

BILDNACHWEIS

Titel: © Stefanie Schaffer

Adobe Stock: S. 2 © contrast-
werkstatt, S. 6, 13, 19, 21
© palau83, S. 8 © howcolour,
S. 11 © antto, S. 8 © Syda
Productions

Sonstige Grafik: S. 5 © Suriya
Siritam

GENDERN

Aus Gründen der besseren
Lesbarkeit wird auf die zusätz-
liche Formulierung der weiblichen
Form zumeist verzichtet.
Wir möchten darauf hinweisen,
dass die Verwendung der
männlichen Form explizit als
geschlechtsunabhängig
verstanden werden soll.

COPYRIGHT

Der Nachdruck und die
elektronische Verbreitung
dieser Broschüre ist nur mit
Genehmigung der Redaktion
möglich.

Bitte unterstützen Sie Herzforschung, Aufklärung und Prävention!

Spendenkonto: Frankfurter Volksbank

IBAN DE97 5019 0000 0000 1010 10

BIC FFVBDEFF

Werden Sie Mitglied!

Profitieren Sie von unserem
umfangreichen Service-Angebot:

www.herzstiftung.de/aufnahmeantrag

*Ihre
Spende rettet
Leben!*

Deutsche Herzstiftung e. V.

Bockenheimer Landstraße 94 – 96
60323 Frankfurt am Main

Telefon 069 955128-0

Fax 069 955128-313

info@herzstiftung.de

www.herzstiftung.de



Gut fürs Herz.

Deutsche
Herzstiftung

