

ist allerdings ein deutlich geringeres Risiko eine Hirnblutung durch die Gerinnungshemmung zu erleiden. Eine regelmäßige Gerinnungskontrolle ist nicht notwendig. Auch für diese Substanzen existieren Medikamente, mit denen die Wirkung wieder aufgehoben werden kann. Aufgrund dieser Vorteile wird von den meisten Fachgesellschaften empfohlen, bei einer Neueinstellung bevorzugt diese Medikamente zu verwenden. Allerdings gibt es keinen Grund, eine gut eingestellte Marcumar-Therapie zu beenden, um zu einem NOAK zu wechseln.

Ist Vorhofflimmern heilbar?

Zunächst ist eine eingehende Untersuchung des Herzens (meist auch mittels Ultraschall) erforderlich, um behandelbare Ursachen des Vorhofflimmerns zu erkennen und eine Empfehlung zum weiteren Vorgehen zu ermöglichen.

Neben der Gabe von Medikamenten gibt es im Einzelfall folgende Möglichkeiten:

1. Anhaltendes Vorhofflimmern kann durch einen „Elektroschock“ (Kardioversion) in einer kurzen Narkose beendet werden. Eine Nachbehandlung mit Medikamenten ist in der Regel notwendig.
2. Bei der Katheterablation wird durch einen Herzkatheter versucht, das Flimmern im Vorhof durch das Veröden von Leitungsbahnen zu beseitigen. Bei beiden Methoden kann Vorhofflimmern erneut auftreten, so dass eine medikamentöse Gerinnungshemmung weiterhin notwendig ist. Beide Verfahren sind nur bei einem kleinen Teil der Menschen mit Vorhofflimmern erfolgversprechend.

Fazit

1. Vorhofflimmern ist eine häufige Herzerkrankung, die ohne Gerinnungshemmung ein hohes Schlaganfallrisiko hat.
2. Der CHA₂DS₂-VASc-Score erlaubt eine Abschätzung der Notwendigkeit einer gerinnungshemmenden Behandlung. Diese ist in den meisten Fällen erforderlich.
3. Durch den HAS-BLED-Score lässt sich das Blutungsrisiko bei einer Gerinnungshemmung abschätzen. Das Risiko ist fast immer geringer als der Nutzen.
4. Durch eine lebenslange Gerinnungshemmung wird das Risiko für einen Schlaganfall deutlich vermindert.

© Eine Information von INVADE und der AOK Bayern; INVADE gem. GmbH, Institut für Versorgungsforschung, Karl-Böhm-Str. 32, 85598 Baldham, www.invade.de.
 Fachliche Beratung: Prof. Dr. Dirk Sander. Quelle: Kirchhof P, Benussi S, Kotech D et al. (2016) 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. Eur Heart J. doi: 10.1093/eurheartj/ehw210; Gestaltung: www.cwahrenberg.de; Foto: Fotolia.com, © poco; 3. Auflage, Februar 2019.
 Diese Patienteninformation kann eine ärztliche Beratung nicht ersetzen oder Ihnen eine Entscheidung abnehmen. Sie kann aber dazu dienen, besser vorbereitet in das Arzt-Patienten-Gespräch zu gehen und so gemeinsam mit Ihrem Arzt eine fundierte und einvernehmliche Entscheidung zu treffen.

Vorhofflimmern

Schlaganfälle vermeiden durch frühzeitige Erkennung und Behandlung



INVADE

Ursachen des Vorhofflimmerns

Häufig liegt eine Erweiterung des Herzvorhofes vor, die z.B. durch einen länger bestehenden Bluthochdruck begünstigt wird und zu einer Störung der elektrischen Erregbarkeit führt. Auch eine Herzmuskelschwäche (z.B. nach einem Herzinfarkt oder Herzmuskelentzündung) oder Veränderungen der Herzklappen können Vorhofflimmern verursachen. Allerdings kann auch bei einem ansonsten gesundem Herz Vorhofflimmern auftreten. Dann sollten z.B. Störungen der Schilddrüse (Überfunktion) oder die schädigende Wirkung von Alkohol ausgeschlossen sein.

Vorhofflimmern und Schlaganfall

Beim Vorhofflimmern kommt es zu einer schnellen und unregelmäßigen Schlagfolge der Vorkammern (Vorhof) des Herzens mit einer Frequenz um 300-350 Schläge pro Minute. Da eine kontrollierte Steuerung durch die Vorhöfe nicht mehr erfolgt, arbeiten auch die Herzkammern unregelmäßig. Daher wird Vorhofflimmern von einigen Menschen als z.B. Herzstolpern bemerkt und kann unter Umständen auch eine Herzschwäche verstärken.

Viele Menschen haben allerdings keine Symptome.

Die Vorhöfe befinden sich in einem "Flimmerzustand" und pumpen nicht mehr regelmäßig. Daher können sich aufgrund der körpereigenen Blutgerinnung Blutgerinnsel (Thromben) bilden, die vom Blutstrom z.B. in die Hirngefäße fortgespült werden und dort durch einen Verschluss einen Schlaganfall auslösen können. Das Vorhofflimmern kann dauerhaft, aber auch nur zeitweise auftreten. Das Risiko von Blutgerinnseln und damit auch das Risiko für einen Schlaganfall ist in beiden Fällen deutlich erhöht.

Kann das Risiko für einen Schlaganfall bei Vorhofflimmern abgeschätzt werden?

Der zu diesem Zweck entwickelte **CHA₂DS₂-VASc-Score** erlaubt die Abschätzung des Schlaganfallrisikos anhand von 8 Parametern:

Erkrankungen / allgemeine Risiken

	Punkte
C Herzinsuffizienz (Herzschwäche)	1
H Hypertonie (Bluthochdruck)	1
A2 Alter	2
D Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)	1
S2 Schlaganfall / TIA / Thrombembolien (Gerinnselformung)	2
V Gefäßerkrankungen	1
A Alter 65-74 Jahre	1
Sc weibliches Geschlecht	1

Das Schlaganfallrisiko steigt mit zunehmender Punktzahl auf bis zu 15 % pro Jahr! Bei Männern sollte daher ab einem Score von 1 eine Gerinnungshemmung (Antikoagulation) durch Medikamente erwogen werden, ab 2 Punkten wird diese bei Männern und Frauen eindeutig empfohlen. Patienten mit einem Score von 0 bedürfen trotz Vorhofflimmern keiner gerinnungshemmenden Therapie. Eine Gerinnungshemmung erhöht das Risiko von Blutungen z.B. bei Unfällen oder in die inneren Organe. Um das Blutungsrisiko durch die Antikoagulation abschätzen zu können, wurde ebenfalls ein Score etabliert, der HAS-BLED-Score. Da die Hemmung der Blutgerinnung maßvoll und kontrolliert erfolgt, ist der Nutzen fast immer größer als das zu erwartende Risiko. Auch Menschen über 80 Jahre profitieren bei entsprechendem Risiko eindeutig von der Antikoagulation. Die Vorbeugung eines Schlaganfalls bei Vorhofflimmern ist nur durch eine lebenslange Gerinnungshemmung möglich. Sie ist die Methode der Wahl, Aspirin/ASS ist nicht ausreichend und wird nicht mehr empfohlen!

Medikamentöse Gerinnungshemmung

1. Vitamin-K-Antagonisten (z.B. Phenprocoumon / Marcumar, Coumadin) müssen nach Anordnung des Hausarztes eingenommen werden und werden auf einen Gerinnungsmesswert (INR) zwischen 2 und 3 eingestellt. Blutkontrollen sind im Abstand von meist 2-3 Wochen erforderlich. Es sind seit vielen Jahren bewährte Medikamente. Durch die Gabe von Vitamin K kann die Wirkung wieder aufgehoben werden.

2. Nicht-Vitamin-K-Antagonisten (NOAK) stellen eine neu entwickelte Substanzgruppe dar (z.B. Dabigatran, Rivaroxaban, Apixaban, Edoxaban). Große Studien konnten in den letzten Jahren zeigen, dass diese Medikamente mindestens so wirksam sind wie Marcumar. Wesentlicher Vorteil dieser Substanzen gegenüber Marcumar und anderen Vitamin-K-Antagonisten >>