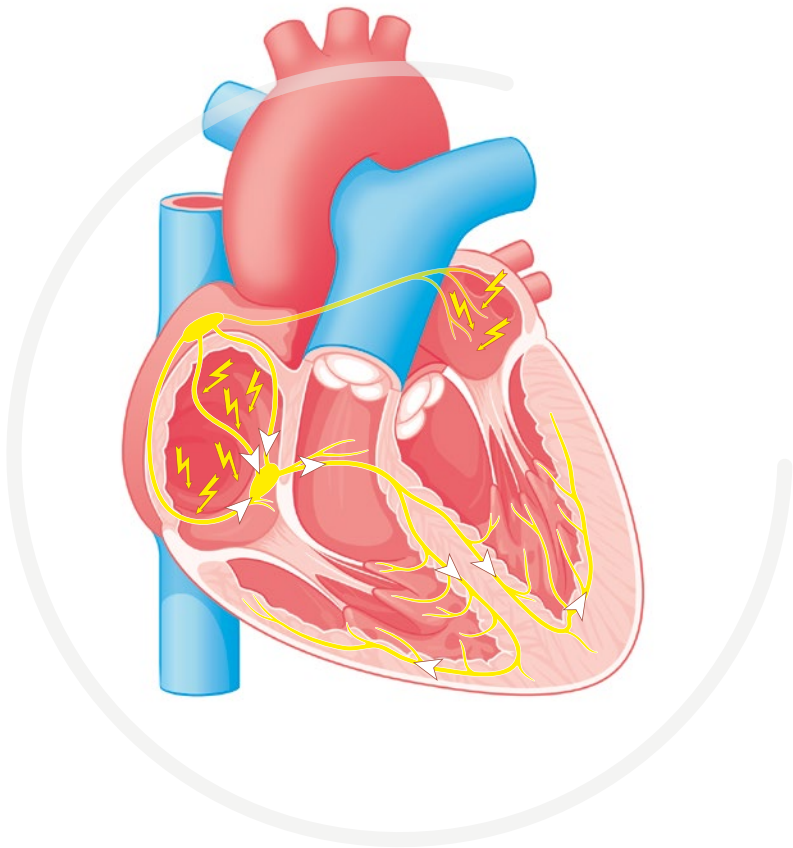




Schweizerische
Herzstiftung

Aktiv gegen Herzkrankheiten und Hirnschlag

Vorhofflimmern



Das tut die Schweizerische Herzstiftung

Seit 1967 setzt sich die Schweizerische Herzstiftung für Menschen ein, damit ihr Herz und ihre Gefässe gesund bleiben.

Inzwischen sind grosse Fortschritte erreicht worden. Doch noch heute zählen der Herzinfarkt und der Hirn-schlag zu den häufigsten Ursachen für den Tod, eine Behinderung oder Invalidität.

Wir wollen dies ändern!

Wir setzen uns dafür ein, dass Menschen

- › möglichst lange gesund und unabhängig bleiben,
- › nicht vorzeitig an einer Herz-Kreislauf-Krankheit erkranken oder einen Hirnschlag erleiden,
- › nicht an vaskulärer Demenz erkranken,
- › trotz Krankheit ein lebenswertes Leben führen können.

Wir fördern den gesunden Lebensstil, die Prävention und Lebensrettung. Wir informieren Betroffene sowie Angehörige und investieren in die unabhängige Herz-Kreislauf-Forschung der Schweiz.

Dies ist nur dank der Unterstützung durch Spender*innen möglich. Helfen auch Sie helfen! Spendenmöglichkeiten finden Sie in der Mitte der Broschüre, auf der Rückseite oder auf www.swissheart.ch/spende.



Liebe Leserin, lieber Leser

Vorhofflimmern ist die häufigste Herzrhythmusstörung. Sie betrifft vorwiegend Personen über 65 Jahre. Aber auch jüngere Personen können daran erkranken.

Manche Betroffene spüren nichts oder nur gelegentlich etwas. Andere wiederum leiden unter erheblichen Beschwerden, was ihre Lebensqualität beeinträchtigt.

Vorhofflimmern selbst ist nicht unmittelbar lebensbedrohlich. Dennoch kann es gefährlich werden. Einerseits erhöht es das Risiko für einen Hirnschlag. Andererseits kann Vorhofflimmern dazu führen, dass die Leistung des Herzens abnimmt. Eine Herzschwäche ist eine mögliche Folge. Um dies zu verhindern, ist eine gute kardiologische Betreuung wichtig.

Diese Broschüre der Schweizerischen Herzstiftung hilft Ihnen, das Vorhofflimmern und die Behandlungsmöglichkeiten besser zu verstehen. Die Informationen ersetzen das Gespräch mit der Ärztin oder dem Arzt nicht. Sie helfen Ihnen aber, gemeinsam die für Sie ideale Behandlung zu finden.

Ihre Schweizerische Herzstiftung

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Stefan Osswald'.

Prof. Stefan Osswald, Präsident

Elektrische Impulse steuern unser Herz

Der Motor des menschlichen Blutkreislaufs ist das Herz. Bei einem gesunden Menschen schlägt es zwischen 60- und 100-mal pro Minute, etwa 30 bis 50 Millionen Mal im Jahr. Die Muskelfasern des Herzens müssen dabei koordiniert arbeiten. Im Takt spannen sie sich an und dehnen sich anschliessend aus. Nur so kann das Herz das Blut in den Körper pumpen.

Wie das Herz das Blut transportiert

Das Herz (Abbildung auf Seite 07) besitzt eine rechte und eine linke Hälfte sowie vier Herzklappen. Die Klappen dienen als Ventile und sorgen dafür, dass das Blut in die richtige Richtung fliesst. Sowohl auf der rechten als auch auf der linken Hälfte gibt es je einen Vorhof und eine Herzkammer. Das verbrauchte, sauerstoffarme Blut des Körpers fliesst in den rechten Vorhof. Von dort gelangt das Blut in die rechte Herzkammer. Die rechte Herzkammer presst bei jedem Herzschlag das Blut in die Lunge. In der Lunge laden sich die roten Blutkörperchen mit frischem Sauerstoff auf. Von der Lunge fliesst das frische, sauerstoffreiche Blut durch den linken Vorhof in die linke Herzkammer. Diese Herzkammer ist viel stärker gebaut als die rechte. Sie pumpt das Blut in die Arterien des Körpers. Dabei entsteht eine Druckwelle, die man als Puls am Handgelenk spürt.

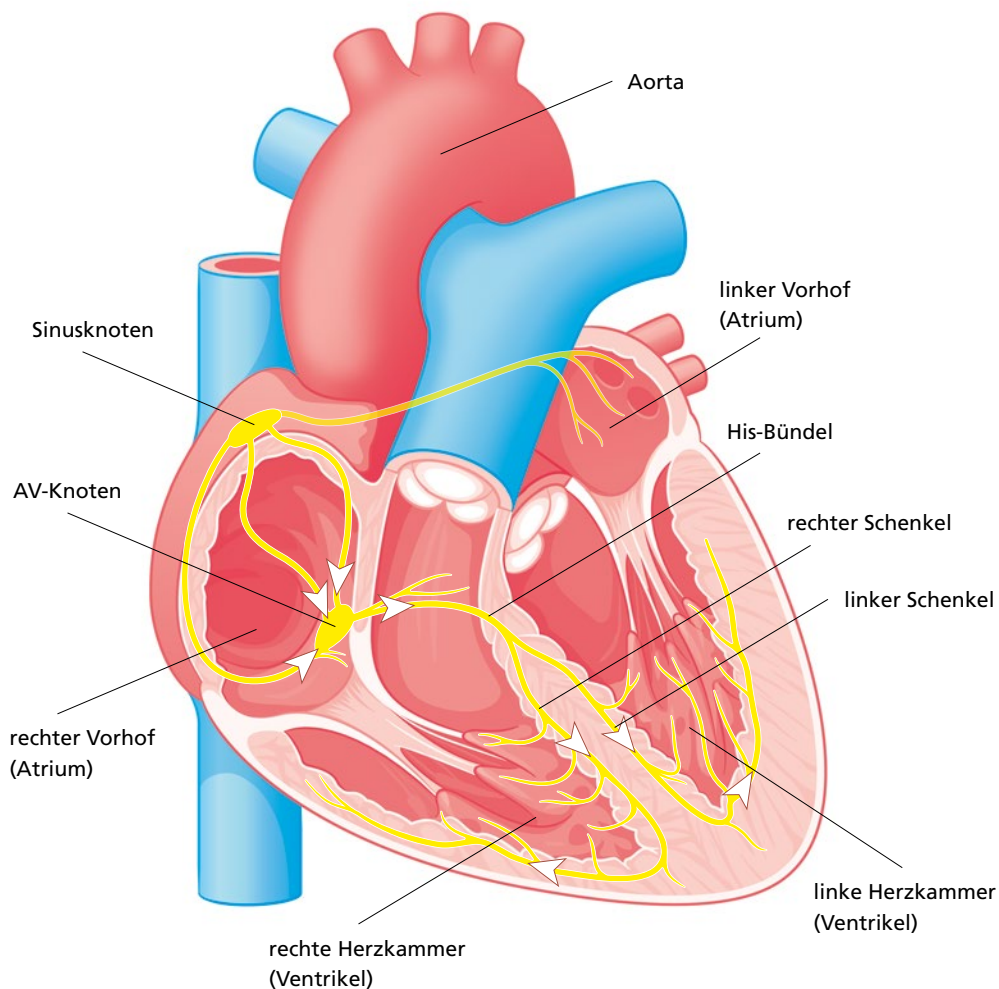
Elektrische Impulse geben den Takt an

Damit das Herz das Blut vorwärtspumpen kann, spannen sich Tausende von Muskelzellen in den Vorhöfen und Herzkammern aufeinander abgestimmt an. Ein elektrischer Impuls löst diese Anspannung aus. Der Impuls entsteht im Sinusknoten. Der Sinusknoten ist der natürliche Impulsgeber, sozusagen der Dirigent des Herzens. Von dort geht der Impuls auf die Vorhöfe über.

Der AV-Knoten leitet diesen Impuls von den Vorhöfen auf die Herzkammer weiter. Er ist also die elektrische Verbindung zwischen Vorhöfen und Herzkammern. Fällt der Sinusknoten aus, kann der AV-Knoten die Rolle als Impulsgeber teilweise übernehmen. Vom AV-Knoten gelangt der elektrische Impuls in das sogenannte His-Bündel und von dort über den rechten und linken Schenkel in die Herzkammer und den Herzmuskel. Jeder Herzschlag wird also elektrisch ausgelöst. Zwischen zwei Herzschlägen entspannt sich der Herzmuskel und das Herz füllt sich mit Blut. Gleichzeitig lädt sich das elektrische System auf und gibt anschliessend wieder einen Impuls ab. Dieser Vorgang wiederholt sich ständig, man nennt dies den Herzrhythmus.

Der Herzrhythmus passt sich an

Der Sinusknoten reagiert auf Signale des Körpers. Im Ruhezustand verlangsamt der Sinusknoten die Anzahl Herzschläge und bei körperlicher Anstrengung erhöht er sie. Im Normalfall liegt der Ruhepuls bei 60 bis 100 Schlägen pro Minute. Bei trainierten Menschen liegt er oft tiefer und kann bloss 40 bis 45 Schläge pro Minute betragen. Eine körperliche Anstrengung wiederum erhöht den Puls. Unter höchster Belastung kann der Puls kurzzeitig auf 150 bis 180 Schläge pro Minute oder mehr steigen. Auch Fieber oder psychische Anspannung können den Puls auf 100 Schläge pro Minute bringen. Der Herzrhythmus ist also keine feste Grösse, sondern reagiert auf innere und äussere Einflüsse.



Das elektrische Netzwerk des Herzens

Elektrische Impulse steuern den Herzmuskel. Der Impuls entsteht im Sinusknoten über dem rechten Vorhof. Von dort wird er zum AV-Knoten und HIS-Bündel weitergeleitet und über den linken und rechten Schenkel in die Kammern verteilt.

Was ist Vorhofflimmern?

Vorhofflimmern ist die häufigste Herzrhythmusstörung. Daran leidet rund ein Prozent der Bevölkerung. Bei den über 75-Jährigen sind es etwa zehn Prozent. In der Schweiz sind zirka 100 000 Personen betroffen. Vorhofflimmern entsteht durch eine abnormale elektrische Aktivität in den Vorhöfen (Atrien) des Herzens (siehe Abbildung auf Seite 10). Als Folge davon schlagen die Vorhöfe unkoordiniert und zu schnell. Die unregelmässige elektrische Aktivität in den Vorhöfen wird auf die Herzkammern (Ventrikel) übertragen. Diese schlagen ebenfalls unregelmässig und zu schnell. Der Pumpvorgang der Vorhöfe und der Herzkammern ist nicht mehr aufeinander abgestimmt.

Die Ursachen von Vorhofflimmern

Vorhofflimmern ist oft die Folge einer Belastung des Herzens. Eine solche Belastung können sein: Alter, hoher Blutdruck, auch Hypertonie genannt, Übergewicht, Diabetes, eine Schilddrüsenüberfunktion, Schlafapnoe oder hoher Alkoholkonsum. Vorhofflimmern kann auch bei einer bestehenden Herzerkrankung auftreten, beispielsweise nach einem Herzinfarkt, bei einer Erkrankung der Herzklappe oder einer Herzschwäche, auch Herzinsuffizienz genannt. In seltenen Fällen kommt Vorhofflimmern auch bei gesunden Menschen mit einem gesunden Herzen ohne erkennbare Ursache vor.

Verschiedene Arten von Vorhofflimmern

Man unterscheidet zwischen drei verschiedenen Formen, je nachdem, wie häufig das Vorhofflimmern auftritt und wie lange es dauert:

› **Anfallsartiges (paroxysmales) Vorhofflimmern**

Das paroxysmale Vorhofflimmern tritt anfallsartig auf, dauert nicht länger als sieben Tage und hört spontan auf.

› **Anhaltendes (persistierendes) Vorhofflimmern**

Das persistierende Vorhofflimmern dauert länger als sieben Tage und stoppt nicht von selbst. Es kann aber durch eine Behandlung wieder in einen normalen Rhythmus überführt werden.

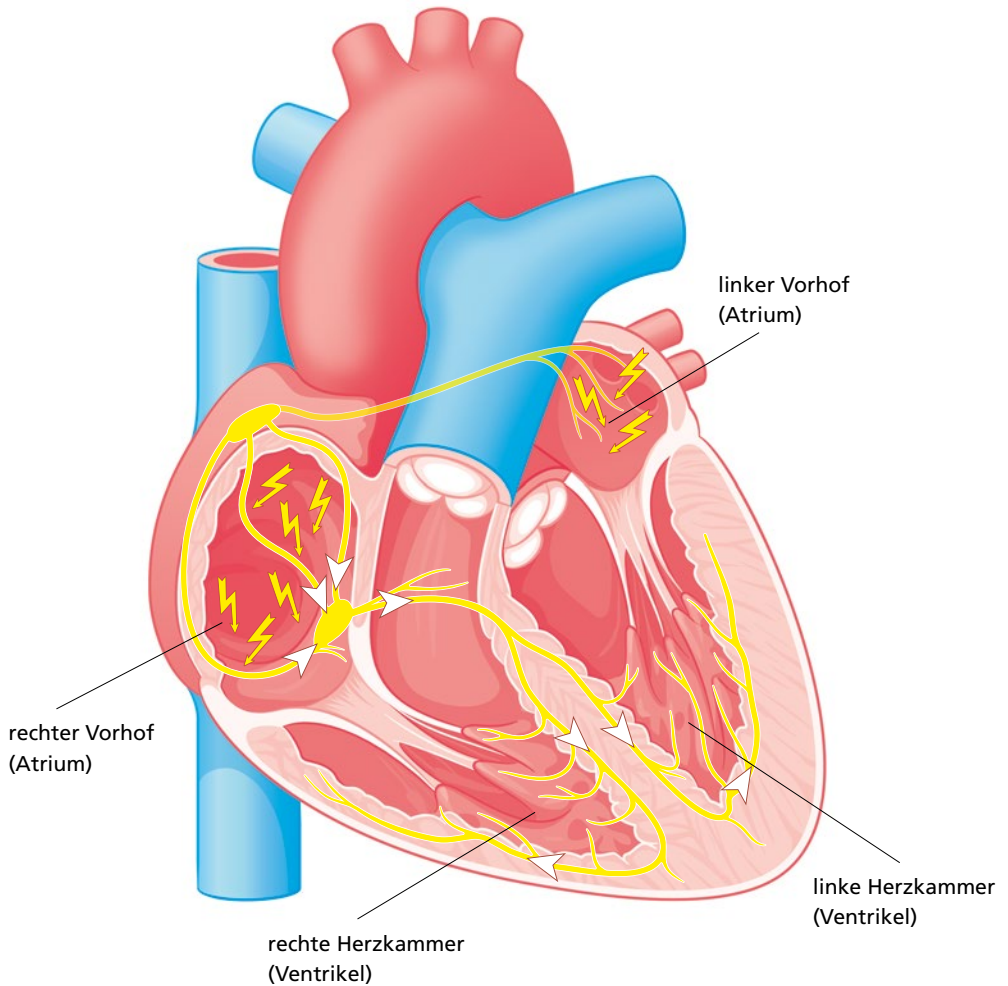
› **Dauerhaftes (permanentes) Vorhofflimmern**

Das permanente Vorhofflimmern bleibt dauerhaft bestehen. Es ist nicht mehr möglich oder es wird darauf verzichtet, den normalen Rhythmus wiederherzustellen.

Die Symptome bei Vorhofflimmern

Vorhofflimmern macht sich in der Regel als Herzasen, Herzklopfen oder unregelmässiger Puls bemerkbar. Bei gewissen Patient*innen bricht die körperliche Leistungsfähigkeit ein. Weitere Symptome sind Atemnot oder ein Druck auf der Brust. Dies macht manchen Betroffenen Angst.

Die Beschwerden können sich mit der Zeit verändern oder sogar wieder verschwinden, zum Beispiel wenn anfallsartiges Vorhofflimmern in anhaltendes Vorhofflimmern übergeht. Umgekehrt können die Beschwerden auch stärker werden, wenn aufgrund des Vorhofflimmerns zusätzlich eine Herzschwäche auftritt.



Vorhofflimmern

Beim Vorhofflimmern kommt es zu einer Vielzahl von elektrischen Entladungen in den Vorhöfen (Atrien). Man spricht auch von einem «elektrischen Gewitter». Dies führt dazu, dass die Vorhöfe flimmern. Die unregelmässige elektrische Aktivität der Vorhöfe überträgt sich auch auf die Herzkammern (Ventrikel). Das Herz schlägt unkoordiniert.

Manche Patient*innen spüren das Vorhofflimmern überhaupt nicht. Bei ihnen wird es per Zufall beim Blutdruckmessen oder bei einer ärztlichen Kontrolle entdeckt. Im ungünstigsten Fall wird das Vorhofflimmern erst dann entdeckt, nachdem sich bereits eine transitorische ischämische Attacke (TIA), auch Schlegli oder Streifung genannt, oder gar ein Hirnschlag ereignet hat.

Die Folgen von Vorhofflimmern

Das Vorhofflimmern für sich ist nicht unmittelbar gefährlich. Es kann aber, wenn es nicht behandelt wird, schwerwiegende Folgen haben.

Eine gefürchtete Folge ist der Hirnschlag. Weil der Blutfluss im flimmernden Vorhof stark verlangsamt ist, kann im sogenannten Herzohr im linken Vorhof ein Gerinnsel entstehen. Dieses Gerinnsel kann aus dem Herzohr heraus in die Hirngefässe gespült werden und ein Gefäss verschliessen. Dadurch erhalten Teile des Gehirns zu wenig Sauerstoff und Nährstoffe. Die Anzeichen eines Hirnschlags finden Sie auf Seite 25. Der Hirnschlag ist immer ein Notfall. Alarmieren Sie sofort den Notruf 144.

Schlägt das Herz über lange Zeit zu schnell, kann sich daraus eine Herzschwäche, auch Herzinsuffizienz genannt, entwickeln. Dies ist eine weitere mögliche Folge des Vorhofflimmerns.

Die Diagnose und Behandlung bei Vorhofflimmern

Diagnose von Vorhofflimmern

Vorhofflimmern kann häufig bereits aufgrund der Symptome vermutet werden. Deshalb ist es wichtig, dass Sie der Ärztin, dem Arzt Ihre Beschwerden und Beobachtungen möglichst genau schildern. Die Diagnose erfolgt durch ein Ruhe-EKG.

Bei Vorhofflimmern, das nur gelegentlich auftritt, braucht es womöglich ein Langzeit-EKG, um die Diagnose zu stellen. Dabei können auch Smartwatches helfen. Gewisse Smartwatches schreiben auf Knopfdruck ein EKG. Die gleiche Funktion haben mobile EKG-Geräte in Verbindung mit einem Smartphone oder Tablet. Die Geräte kann man im Handel kaufen und in der Hosentasche oder dem Portemonnaie mittragen. Dies ermöglicht, das Vorhofflimmern dann aufzuzeichnen, wenn Symptome auftreten.

Die Behandlung bei Vorhofflimmern

Die Behandlung bei Vorhofflimmern basiert auf drei Säulen:

- › Das Risiko eines Hirnschlags senken
- › Das eigentliche Vorhofflimmern behandeln
- › Allfällige Grunderkrankungen oder Risikofaktoren behandeln. Dazu zählen: Bluthochdruck, Diabetes, Übergewicht, Schilddrüsenüberfunktion, Schlafapnoe aber auch Herzerkrankungen wie Herzschwäche oder koronare Herzkrankheit

Die Blutverdünnung senkt das Risiko eines Hirnschlags

Die Blutverdünnung verhindert sehr erfolgreich, dass sich Gerinnsel bilden und ein Hirnschlag ereignet. Man nennt die Blutverdünnung auch Gerinnungshemmung oder Antikoagulation.

Ob eine Blutverdünnung nötig ist, hängt vom persönlichen Hirnschlagrisiko ab. Das Risiko schätzt die Ärztin oder der Arzt mit Hilfe des CHA₂DS₂VASc-Scores ab. Das ist ein medizinischer Fragebogen, bei dem Punkte vergeben werden. Je höher die Punktzahl, desto höher ist das Hirnschlagrisiko. Die meisten Patient*innen mit Vorhofflimmern haben ein erhöhtes Hirnschlagrisiko und brauchen eine Blutverdünnung.

Ist das Risiko nur gering, bespricht die Ärztin oder der Arzt mit dem Patienten oder der Patientin die Vor- und Nachteile einer Blutverdünnung. Patient*innen ohne Hirnschlagrisiko benötigen keine Blutverdünnung.

Medikamente zur Blutverdünnung

Medikamente zur Blutverdünnung werden auch Antikoagulanzen oder Gerinnungshemmer genannt.

Beim Vorhofflimmern wird zur Blutverdünnung eine Gruppe von Medikamenten eingesetzt, die als NOAK (nicht-Vitamin-K-abhängige orale Antikoagulanzen) bezeichnet werden. Diese Medikamente bieten einen besseren Schutz vor einem Herzschlag und mehr Sicherheit vor schweren Blutungen als die älteren Vitamin-K-Antagonisten (bekannt unter den Namen Marcoumar oder Sintrom). Mittlerweile gibt es mehrere solcher NOAK, die bei Vorhofflimmern zugelassen sind.

Gewisse Patient*innen mit Herzklappenerkrankungen müssen weiterhin die älteren Vitamin-K-Antagonisten einnehmen.



Falls Sie von der Ärztin oder dem Arzt Medikamente zur Blutverdünnung erhalten: Bestellen Sie die Broschüre «Gerinnungshemmung». Sie erhalten wichtige Informationen und einen Ausweis, den Sie im Portemonnaie immer auf sich tragen können. Benützen Sie zur Bestellung den Talon in der Mitte der Broschüre.

Risiko von Blutungen

Blutverdünner erhöhen das Risiko von Blutungen. Das sind meist harmlose, leichte Blutungen wie kleine Blutergüsse oder leichtes Zahn- oder Nasenbluten.

In seltenen Fällen kann es zu schweren Blutungen kommen, vor allem im Magen-Darm-Bereich. Dies äussert sich in Form von dunkelrot oder schwarz verfärbtem Stuhl. In solchen Fällen sollten Sie sich so rasch wie möglich bei der Ärztin oder beim Arzt melden.

In sehr seltenen Fällen kann es zu einer Hirnblutung kommen. Die Symptome der Hirnblutung finden Sie auf Seite 25. Eine Hirnblutung ist immer ein Notfall. Alarmieren Sie sofort den Notruf 144.

Alternative zur Blutverdünnung

Wenn eine Blutverdünnung nicht möglich ist, gibt es die Alternative, das linke Herzohr zu verschliessen. Man nennt diesen Eingriff Herzohr- oder Vorhofsohrverschluss. Der Eingriff findet unter Lokalanästhesie statt.

Das Herzohr ist eine kleine Ausbuchtung im linken Vorhof, in dem sich Blutgerinnsel bilden. Beim Vorhofsohrverschluss wird diese Ausbuchtung mit einem Schirmchen per Katheter verschlossen. Nach dem Eingriff kann die Blutverdünnung abgesetzt werden.

Dieser Eingriff eignet sich nur für Patient*innen, bei denen das Vorhofflimmern der einzige Grund für die Blutverdünnung ist.

Das Vorhofflimmern behandeln

Das Vorhofflimmern selbst wird in der Regel dann behandelt, wenn Patient*innen Beschwerden haben, also: Herzrasen, Leistungseinbussen, Atemnot, allgemeine Schwäche oder Schwindel. Für die Behandlung wichtig sind ausserdem die Häufigkeit und Dauer des Vorhofflimmerns, der Zustand des Herzens, aber auch die Bedürfnisse der Patient*innen.

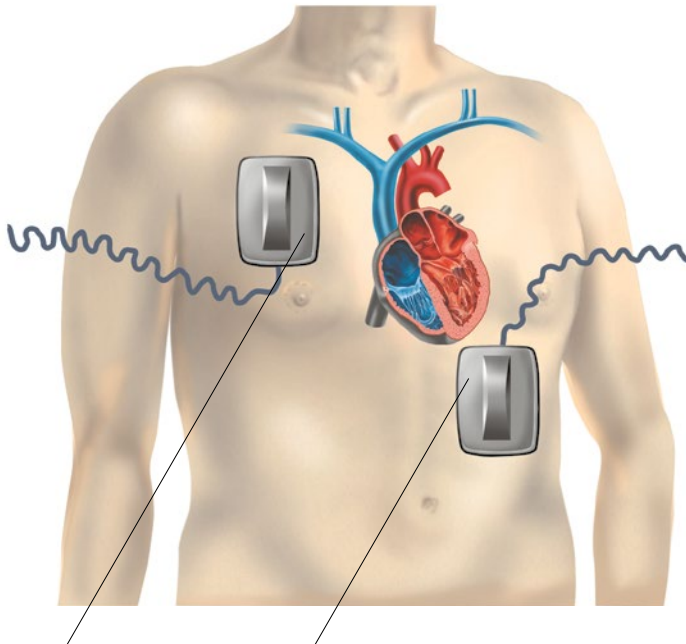
Rhythmuskontrolle: Den normalen Herzrhythmus wiederherstellen

Bei Patient*innen, die starke Beschwerden haben oder eine Herzinsuffizienz entwickeln, muss eine Rhythmuskontrolle angestrebt werden. Das Ziel der Rhythmuskontrolle ist es, den normalen Herzrhythmus wiederherzustellen und langfristig zu erhalten. Dazu gibt es verschiedene Methoden:

Externe Kardioversion

Bei der externen Kardioversion (siehe Abbildung auf Seite 17) wird mit einem Defibrillator ein dosierter Stromstoss auf das Herz abgegeben. Der Stromstoss beendet das Vorhofflimmern sofort. Der Eingriff findet in Kurznarkose statt, die wenige Minuten dauert. Patient*innen spüren den elektrischen Schlag also nicht und können das Spital am gleichen Tag wieder verlassen.

Die externe Kardioversion hat eine hohe Erfolgsrate, kann aber das Auftreten von Rückfällen nicht verhindern. Sie beseitigt nur das Vorhofflimmern, nicht aber die zugrunde liegende Ursache. Nach einer externen Kardioversion muss in der Regel die Behandlung mit Rhythmusmedikamenten und Blutverdünnern fortgesetzt werden. Die wichtigste Voraussetzung für eine externe Kardioversion ist eine gut eingestellte Blutverdünnung.



Elektroden (Paddles) des Defibrillators

Externe Kardioversion

Zwei Elektroden des Defibrillators werden auf die Brustwand aufgeklebt oder von Hand gehalten. Ein dosierter Stromstoss wird abgegeben. Bei der Behandlung des Vorhofflimmerns nennt man dies externe Kardioversion: Der Stromstoss beendet das Vorhofflimmern sofort und stellt den normalen Herzrhythmus wieder her.

Medikamente zur Rhythmuskontrolle

Es gibt Medikamente, die eine Überführung in den normalen Herzrhythmus bewirken. Diese Medikamente nennt man Rhythmusmedikamente oder Antiarrhythmika. Rhythmusmedikamente werden auch eingesetzt, um Patient*innen mit Vorhofflimmern nach der elektrischen Kardioversion im normalen Herzrhythmus zu halten. Oder um bei anfallsartigem (paroxysmalem) Vorhofflimmern die Anfälle zu unterdrücken. Welches Medikament für wen geeignet ist, hängt nicht zuletzt auch von allfälligen Nebenwirkungen ab.

Pulmonalvenen-Isolation per Katheter

Wenn es trotz Rhythmusmedikamenten zu Rückfällen kommt, wenn die Medikamente störende Nebenwirkungen verursachen oder eine Behandlung mit ihnen nicht gewünscht wird, gibt es die Möglichkeit einer Katheter-Ablation, bei der die Lungenvenen (Pulmonalvenen) isoliert werden. Der Eingriff wird Pulmonalvenen-Isolation genannt (siehe Abbildung auf Seite 20).

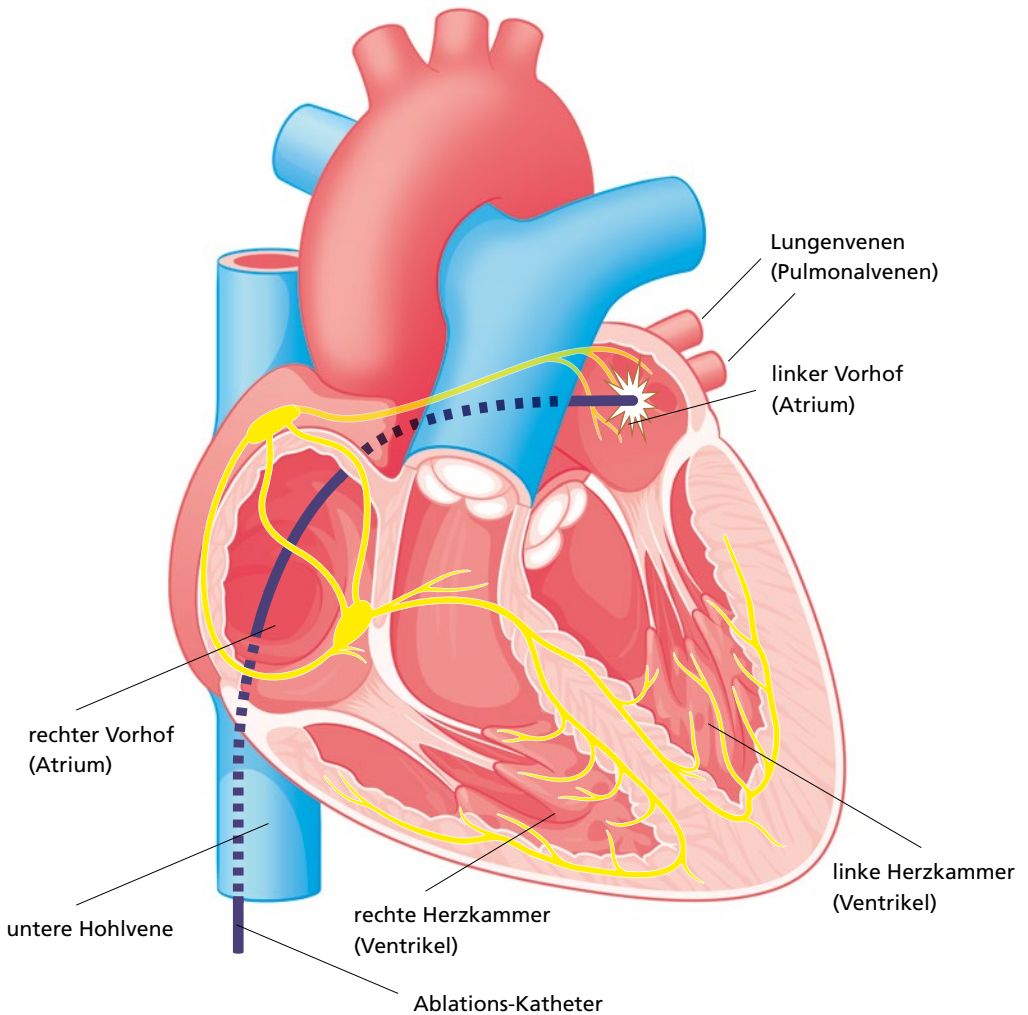
Bei der Pulmonalvenen-Isolation unterbricht man die elektrische Aktivität im Übergangsbereich von den Lungenvenen in den linken Vorhof. Diese elektrische Aktivität gilt als Auslöser von anfallsartigem Vorhofflimmern. Bei Patient*innen mit anfallsartigem Vorhofflimmern beträgt die Erfolgsrate der Pulmonalvenen-Isolation etwa 80 Prozent. Allerdings braucht etwa jede*r vierte Patient*in mehr als einen Eingriff. Bei anhaltendem Vorhofflimmern ist die Erfolgsrate niedriger, weil bei diesem meistens auch das Gewebe des linken Vorhofs verändert ist.

Der Eingriff läuft folgendermassen ab: Ein spezieller Katheter wird über eine Leistenvene in den rechten Vorhof und nach Durchstechen der Vorhofscheidewand (Vorhofseptums) in den linken Vorhof vorgeschoben. Dort werden die Lungenvenen elektrisch vom übrigen Vorhof isoliert, indem man das Gewebe verödet. Dies kann mittels Wärme (Radiofrequenzablation), Kälte (Cryoablation) oder eines elektrischen Felds (Elektroporation) geschehen. Bei anhaltendem Vorhofflimmern kann es notwendig sein, zusätzlich eine Ablation im linken oder rechten Vorhof zu machen. Dies dauert ungefähr 1 bis 2 Stunden. Die Pulmonalvenen-Isolation erfordert einen Spitalaufenthalt von 1 bis 2 Tagen. In den ersten Monaten nach der Pulmonalvenen-Isolation sind Rückfälle in Form von anfallsartigem Vorhofflimmern nicht selten. Dies kann bedeuten, dass die Behandlung mit Rhythmusmedikamenten vorübergehend wieder nötig wird. Falls es nach den ersten 3 bis 6 Monaten noch immer zu Rückfällen kommt, kann eine zweite Katheter-Ablation gemacht werden. Die Pulmonalvenen-Isolation kann auch mittels Schlüsselloch-Chirurgie oder am offenen Herzen zum Beispiel in Kombination mit einer Herzklappenoperation durchgeführt werden.

Nach der Katheter-Ablation ist in der Regel weiterhin eine Blutverdünnung notwendig, da es zu Episoden mit unbemerktem Vorhofflimmern kommen kann und auch späte Rückfälle nicht ausgeschlossen sind.

Frequenzkontrolle: Die Herzfrequenz senken

Falls der Entscheid getroffen wird, das Vorhofflimmern langfristig zu akzeptieren, besteht das Behandlungsziel darin, die hohe und unangenehme Herzfrequenz in einen normalen Bereich zu senken. Man nennt dies Frequenzkontrolle.



Pulmonalvenen-Isolation

Die Pulmonalvenen-Isolation ist eine Behandlung, bei der die elektrische Aktivität aus den Pulmonalvenen (Lungenvenen) unterbrochen wird. Diese elektrische Aktivität gilt als Auslöser von anfallsartigem Vorhofflimmern. Dazu wird ein Katheter eingeführt, mit dem das Gewebe verödet wird.

Medikamente zur Frequenzkontrolle

Zur Frequenzkontrolle werden Medikamente eingesetzt, welche die elektrische Überleitung von den Vorhöfen auf die Kammern verlangsamen. Dazu zählen Betablocker, gewisse Kalziumantagonisten und Digoxin. Die Wahl des geeigneten Medikaments und die Dosis wird individuell auf jede Person abgestimmt. Ob die Frequenzkontrolle erfolgreich ist, wird einige Wochen nach Behandlungsbeginn mit einem Langzeit-EKG beurteilt. Dabei wird gleichzeitig auch überprüft, ob das Medikament die Herzfrequenz nicht zu tief senkt.

AV-Knoten-Ablation und Implantation eines Herzschrittmachers

Wenn die Herzfrequenz mit Medikamenten nicht kontrolliert werden kann oder die Medikamente zu starke Nebenwirkungen verursachen, besteht die Möglichkeit einer Katheter-Ablation des AV-Knotens. Beim Eingriff werden die elektrischen Verbindungen zwischen Vorhöfen und Herzkammern unterbrochen. Man nennt dies AV-Knoten-Ablation (siehe Abbildung auf Seite 23). Unter Lokalanästhesie wird ein Ablationskatheter über eine Leistenvene ins rechte Herz vorgeschoben. Radiofrequenzenergie verödet den AV-Knoten. Nach der AV-Knoten-Ablation ist die Herzfrequenz zwar regelmässig, aber zu langsam. Deshalb wird vor dem Eingriff ein Herzschrittmacher eingesetzt, den die Patient*innen ein Leben lang tragen müssen. Weil das Vorhofflimmern mit diesem Eingriff nicht beseitigt wird, muss die Blutverdünnung lebenslang fortgesetzt werden.



Falls bei Ihnen ein Herzschrittmacher eingesetzt werden muss oder Sie bereits einen solchen tragen: Bestellen Sie die Broschüre «Herzschrittmacher». Sie erhalten wichtige Informationen zum Leben mit einem Herzschrittmacher. Benützen Sie zur Bestellung den Talon in der Mitte der Broschüre.

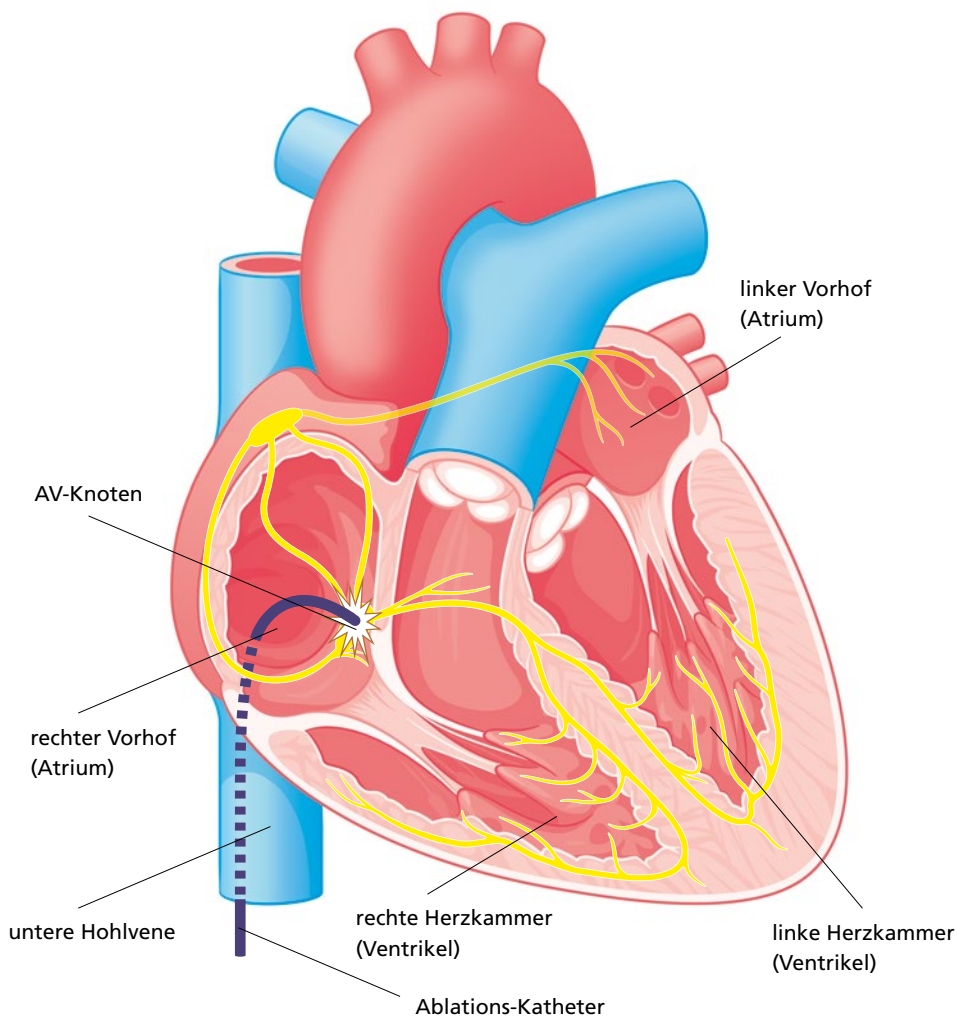
Das Leben mit Vorhofflimmern

Sobald die Blutverdünnung gut eingestellt ist und keine Symptome mehr bestehen, dürfen sich Patient*innen wie gewohnt belasten. Patient*innen, die weiterhin Symptome haben, müssen allerdings mit einer verminderten Leistungsfähigkeit rechnen und die Belastung im Alltag anpassen. Gerade für diese Patient*innen ist eine regelmässige Betreuung durch die Ärztin, den Arzt entscheidend.

Vorhofflimmern kann trotz guter Behandlung wieder auftreten. Es kann auch sein, dass eine Behandlung zu Beginn erfolgreich ist, das Vorhofflimmern nach einiger Zeit trotzdem wieder auftritt. In diesem Fall passt die Ärztin oder der Arzt zusammen mit der Patientin oder dem Patienten die Behandlungsstrategie neu an.

Die Behandlung von Vorhofflattern

Vorhofflattern ist eine Herzrhythmusstörung, die sich im rechten Vorhof abspielt. Es kann wie das Vorhofflimmern zu einem raschen Puls führen. Im Gegensatz zum Vorhofflimmern ist der Puls aber oft regelmässig. Auch Vorhofflattern führt zu unterschiedlichen Symptomen wie Herzklopfen, Einbruch der Leistung oder Druck auf der Brust. Bezüglich der Blutverdünnung gelten die gleichen Regeln wie beim Vorhofflimmern. Vorhofflattern kann mit denselben Medikamenten behandelt werden wie das Vorhofflimmern. Weil der Erfolg der Katheter-Ablation von Vorhofflattern über 95 Prozent beträgt, wird beim Vorhofflattern die Ablation in den allermeisten Fällen gegenüber einer Behandlung mit Medikamenten bevorzugt.



AV-Knoten-Ablation

Bei der AV-Knoten-Ablation wird die elektrische Verbindung zwischen Vorhöfen und Herzkammern getrennt. Dies geschieht mit einem Katheter, dessen Spitze den AV-Knoten mittels Radiofrequenzenergie verödet. Dadurch wird die Überleitung des elektrischen Impulses auf die Herzkammern unterbrochen.

Behandlung der Risikofaktoren

Neben dem Vorhofflimmern selbst müssen stets auch allfällig bestehende Grunderkrankungen behandelt werden. Daher werden bei Ihnen neben dem EKG womöglich weitere körperliche Untersuchungen durchgeführt, beispielsweise eine Blutuntersuchung oder eine Untersuchung mit bildgebenden Verfahren. Diese helfen, einer möglichen Schilddrüsenüberfunktion oder Erkrankungen des Herzens auf die Spur zu kommen.

Die Abklärung und Behandlung von Risikofaktoren ist ebenfalls sehr wichtig. Dazu zählen insbesondere der Bluthochdruck, aber auch der Diabetes, das Übergewicht, eine Schlafapnoe oder ein übermässiger Alkoholkonsum.

Als Patientin oder Patient können Sie selbst einen wichtigen Beitrag zu Ihrer Herzgesundheit leisten. An dieser Stelle ein paar wenige, aber wirkungsvolle Tipps:

- › Ernähren Sie sich ausgewogen nach Art der Mittelmeerküche.
- › Bewegen Sie sich täglich ausreichend und finden Sie eine für Sie passende Sportart.
- › Achten Sie auf ein gesundes Gewicht. Falls Sie übergewichtig sind: versuchen Sie Ihr Gewicht zu reduzieren. Ein paar Kilos weniger helfen dem Herzen oft viel.
- › Verzichten Sie aufs Rauchen und schränken Sie Ihren Alkoholkonsum ein.

Der Hirnschlag ist immer ein Notfall!

Eine schwerwiegende Folge von Vorhofflimmern ist der Hirnschlag. Bei einer Blutverdünnung kann in sehr seltenen Fällen eine Hirnblutung auftreten. Deshalb ist es wichtig, dass Sie und Ihre Angehörigen im Notfall richtig reagieren. Den Hirnschlag und die Hirnblutung erkennt man in den meisten Fällen an einem oder mehreren der folgenden Symptome:

- › plötzliche Lähmungen im Gesicht (besonders einseitig)
- › plötzlicher, ungewöhnlicher, heftiger Kopfschmerz
- › Sehstörungen, plötzliche Blindheit (oft nur auf einem Auge) oder Doppelbilder
- › heftiger Schwindel mit Gehunfähigkeit
- › Sprachstörungen oder Schwierigkeiten, Gesprochenes zu verstehen
- › plötzliche Lähmungen in den Armen und Beinen (meist nur auf einer Körperseite)

Alarmieren Sie sofort den Notruf 144 und bleiben Sie am Telefon – die Sanitätsnotrufzentrale unterstützt Sie, bis der Rettungsdienst eintrifft.

Haben Sie Fragen?

Eine Broschüre kann nicht alle Fragen beantworten. Womöglich sind noch Dinge unklar. Notieren Sie hier, was Sie bei Ihrem nächsten Termin mit der Ärztin oder dem Arzt besprechen wollen. Haben Sie Mut, Ihre Fragen – auch die unangenehmen – zu stellen!

IMPRESSUM

Herausgeberin und Bezugsquelle
Schweizerische Herzstiftung
Dufourstrasse 30, Postfach, 3000 Bern 14
Telefon 031 388 80 80
info@swissheart.ch
www.swissheart.ch, www.swissheartgroups.ch

Diese Publikation ist auch in französischer und italienischer Sprache erhältlich

© Schweizerische Herzstiftung 2024, 6. Auflage

Gestaltungskonzept / Umsetzung
aleanza.ch | Design. Inhalt. Wirkung., Zürich

Druck
Courvoisier-Gassmann, Biel

Fachliche Mitarbeit
Wir danken der Schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie und ihrer Arbeitsgruppe Herzschrittmacher und Elektrophysiologie für die fachliche und redaktionelle Mitarbeit.



Illustrationen
Nadja Stadelmann, nadjastadelmann.ch

Dies kann Ihnen weiterhelfen

Falls Sie weitere Fragen zum Thema haben, geben Ihnen folgende Broschüren wertvolle Informationen:

- › Die Gerinnungshemmung (mit Ausweis)
- › Bluthochdruck
- › Der Herzschrittmacher
- › Richtig handeln bei Herz-Kreislauf-Stillstand, Herzinfarkt und Hirnschlag

Benützen Sie den Bestelltalon in der Mitte der Broschüre.

Die Peer-Plattform der Schweizerischen Herzstiftung ermöglicht Ihnen, mit anderen Betroffenen in Kontakt zu treten und sich mit ihnen auszutauschen: **www.peer.swissheart.ch**

Die Website der Schweizerischen Herzstiftung liefert viele interessante und aktuelle Informationen zum Leben mit einer Herzkrankheit: **www.swissheart.ch**

Wissen, verstehen, besser leben

Diese Firmen sind Partner der Plattform «Wissen – Verstehen – Besser leben» der Schweizerischen Herzstiftung. Gemeinsam engagieren wir uns für eine umfassende und verständliche Patienteninformation sowie die Förderung der Patientenkompetenz.





Schweizerische Herzstiftung

Dufourstrasse 30 | Postfach | 3000 Bern 14
031 388 80 80 | info@swissheart.ch | www.swissheart.ch

Vielen Dank für Ihre Hilfe!

Die Schweizerische Herzstiftung überreicht Ihnen diese Broschüre gratis. Hoffentlich konnten wir Ihnen weiterhelfen.

Menschen mit einer Herz-Kreislauf-Krankheit sind auf medizinisch geprüfte und unabhängige Informationen angewiesen. Jährlich verteilt die Schweizerische Herzstiftung etwa 400 000 kostenlose Drucksachen. Ohne die Unterstützung von Spenderinnen und Spendern wäre dies nicht möglich.

Helfen Sie jetzt mit einer Spende!

Benützen Sie den Einzahlungsschein in der Mitte der Broschüre oder den QR-Code unten.

Spendenkonto
Schweizerische Herzstiftung
IBAN CH21 0900 0000 3000 4356 3



QR-Code mit dem
Handy scannen und
direkt online spenden.
Danke!



Ihre Spende
in guten Händen.