HERZ AUS DEM TAKT

Vorhofflimmern erkennen und handeln

20 Fragen – 20 Antworten



BNK
Bundesverband Niedergelassener Kardiologen

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 – erkennen und handeln

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. Mindestens 1,6 Millionen Menschen (die Dunkelziffer ist allerdings hoch) leiden allein in Deutschland darunter*. Vor allem im Alter nimmt die Häufigkeit zu. Unbehandelt geht damit ein hohes Risiko für Schlaganfall und Herzschwäche einher.

Das Problem: 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.

*Quellen: S3 -Leitlinie zum Vorhofflimmern und Herzbericht Update 2026

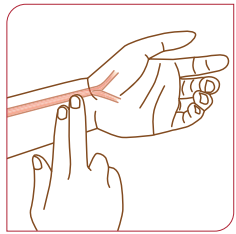
1 Wie kann ich feststellen, ob ich Vorhofflimmern habe?

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 Symptome sind zum Beispiel schwach, treten nur kurzzeitig auf oder im Schlaf. Ein qualitativ gutes 1-Kanal-EKG über 30 Sekunden oder besser noch ein 12-Kanal-EKG beim Arzt kann die Arrhythmie sicher 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 (Selbstmessung am Oberarm oder Handgelenk), unregelmäßige 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 auf unter 50 Schläge pro Minute abfallen).

! Treten Pulsunregelmäßigkeiten bei der Eigenuntersuchung länger und gehäuft auf, sollten Sie auch ohne die oben genannten 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.



Auch etliche Smartwatch-Modelle können inzwischen ein qualitativ gutes 1-Kanal-EKG aufzeichnen. Das kann dem Arzt dann bei der Diagnosestellung helfen. Darüber hinaus wird meist kontinuierlich über Lichtreflexionen auf der Smartwatch-Unterseite (sog. Plethysmographie) die Herzfrequenz kontrolliert und in einer App aufgezeichnet. Bei Anzeichen von Störungen im Herzrhythmus wird ein Alarmzeichen gesendet. Zum Beweis von Vorhofflimmern reicht das zwar nicht, es kann aber ein wichtiger Hinweis sein.

Wichtig: Smartwatches, die als Medizinprodukte geprüft und gekennzeichnet sind, liefern verlässlichere Werte. Neben Smartwatches gibt es weitere kleine tragbare Geräte (z. B. Ringe), sogenannte Wearables, die Herzfrequenz/Puls kontinuierlich messen.

Vorteile: Dauerhafte Aufzeichnung von Puls beziehungsweise Herzfrequenz. Bei Symptomen zeitnahes Erstellen eines 1-Kanal-EKG möglich.

Nachteile: Hohe Kosten, die nicht von der Kasse getragen werden, mögliche Messfehler und auch Fragen von Sicherheit und Verarbeitung der Daten („Datenschutz").

Laut aktueller europäischer und deutscher Leitlinien muss ein damit erstelltes 1-Kanal-EKG – über mindestens 30 Sekunden in ausreichender Qualität – für die Diagnose Vorhofflimmern immer nochmals von einem Arzt ausgewertet werden.

! Aufgrund der schwerwiegenden Folgeerkrankungen von Vorhofflimmern (s. Frage 3) empfehlen Herzexperten ein regelmäßiges Testen auf diese Herzrhythmusstörung. Menschen ab 75 Jahren und Menschen mit erhöhtem Schlaganfallrisiko sollte mindestens einmalig ein EKG empfohlen werden.

---

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 beiden Vorhöfen mit der Zeit verringern.

Die Folgen:

1. Stark erhöhtes Risiko für Schlaganfälle. Hierbei spielt vor allem 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 unter anderem von Vorerkrankungen, genetischer Belastung, Alter und Lebensstil ab. So nimmt mit steigendem Alter die Häufigkeit von 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, bei Bedarf durch einen Stromstoß das Herz wieder zurück in den normalen Rhythmus zu bringen oder um im Einzelfall auch einen Herzinfarkt oder eine Lungenembolie auszuschließen. Bestehen die Beschwerden seit weniger als 36 Stunden und ist die Herz-Kreislauf-Situation ansonsten stabil, kann in der Notaufnahme auch eine „Watch and Wait"-Strategie angeboten werden. Das bedeutet, es kann zunächst 48 Stunden abgewartet werden, ob sich der normale Herzrhythmus von alleine wieder einstellt.

6 Kann ich mich vor Vorhofflimmern schützen?

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

Generell sind Rauchverzicht, möglichst geringer Alkoholkonsum (besser: ganz verzichten) 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 beziehungsweise besser in den Griff zu bekommen ist. Empfehlenswert ist moderates Ausdauertraining (z. B. Joggen/Walken, Radfahren) circa 30 Minuten mindestens 5 x pro Woche (= mind. 150 min Bewegung mit moderater Intensität). Sport wirkt sogar bei bereits bestehendem Vorhofflimmern als Therapiekomponente.

! ACHTUNG: Exzessiver (Leistungs-)Sport, etwa Marathonlaufen/Radrennen, erhöht das Risiko für Vorhofflimmern.

Wichtig ist, das Vorhofflimmern begünstigende Begleiterkrankungen gut im Griff zu haben (s. Frage 4), wie eine Herzinsuffizienz oder Schlafapnoe. Chronisch zu hohe Blutdruckwerte (> 140/90 mmHg) sollten gesenkt werden, möglichst unter 130/80 mmHg.

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 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 vor allem 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. Hierzu werden vor allem Wirkstoffe wie Flecainid und Propafenon (Klasse-I-Antiarrhythmika) eingesetzt oder auch Amiodaron (Klasse-III-Antiarrhythmikum).

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 einem Prozent 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.

! MERKE: Nach aktuellen Empfehlungen sollte eine Dauertherapie mit Amiodaron möglichst vermieden werden.

9 Warum muss ich Blutgerinnungshemmer (Antikoagulanzien) nehmen?

Etwa 20 bis 30 Prozent der Schlaganfälle sind auf unerkanntes oder unzureichend behandeltes Vorhofflimmern zurückzuführen (s. Frage 3). Zum Abschätzen des individuellen Risikos wird ein besonderer Risikoscore angewendet. Die Buchstaben im sogenannten CHA_2DS_2-VA Score stehen für die wichtigsten Risikofaktoren/Vorerkrankungen, die jeweils mit einem Punktwert einberechnet werden. Bei einem Punktwert von 1 sollte die Einnahme von Antikoagulanzien geprüft werden, ab 2 Punkten wird die blutgerinnungshemmende Therapie empfohlen. Mit Antikoagulanzien lässt sich das Schlaganfallrisiko nachweislich effektiv senken: Zwei von drei Ereignissen werden damit verhindert.



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 direkte Antikoagulanzien (DOAK). Substanzen aus dieser Gruppe sind aktuell: Apixaban, Dabigatran, Edoxaban, Rivaroxaban (Markennamen: Eliquis, Pradaxa, Lixiana, Xarelto und Generika). Welche Substanz in welcher Dosis am besten geeignet ist, besprechen Hausarzt und/oder Kardiologe direkt mit dem Betroffenen. In circa 80 Prozent der Fälle werden bei der Neueinstellung von Patienten mit Vorhofflimmern heute DOAK verordnet. Wer gut auf Phenprocoumon/Marcumar eingestellt ist, benötigt keinen Wechsel.

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

---

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 Antikoagulanzien (s. Frage 9) eingesetzt, die zu einer Verringerung der „flüssigen" Gerinnungsfaktoren führen und im späteren Verlauf der Blutgerinnung eingreifen.

! MERKE: ASS ist bei Vorhofflimmern keine Alternative für orale Antikoagulanzien zum Schutz vor einem Schlaganfall.

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

Generell wird bei Verordnung von Antikoagulanzien das Blutungsrisiko individuell berücksichtigt und das Risiko zu minimieren versucht. Kleine Blutergüsse in der Haut von Armen und Beinen sind dennoch häufig – aber meist

ungefährlich. Auch leichte offene Verletzungen, etwa durch 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 (Laborwert der Blutgerinnung), um das Blutungsrisiko gering zu halten. Diese Kontrolle ist bei Einnahme von DOAK nicht nötig. Aufmerksam sollte man darauf achten, wenn zum Beispiel der Urin blutig ist oder der Stuhl sich schwarz verfärbt, da dies auf eine innere Blutung hindeuten kann. Bei aktiven stärkeren Blutungen wird der Arzt die Antikoagulation unterbrechen, bis die genaue Ursache identifiziert ist.

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 Wirksamkeit. Nur bei Patienten mit mechanischer Herzklappe oder ausgeprägter Verengung der Mitralklappe werden DOAK nicht angewendet.

12 Kann ich vor einer Zahnoperation den Gerinnungshemmer einfach weglassen?

! Setzen Sie Blutverdünner nicht eigenmächtig ab, sondern besprechen Sie das stets mit Ihrem Arzt!

Bei den DOAK-Präparaten ist aufgrund der schnellen und kurzen Wirkung eine Unterbrechung sehr viel einfacher als bei Einnahme von Vitamin-K-Antagonisten (VKA). Hier reichen wenige Stunden Unterbrechung, zum Beispiel nur am Operationstag bei kleinen Eingriffen wie Zahnbehandlung, Herzschrittmacher-Implantation 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 INR durch eine Dosisänderung in einen unteren Therapiebereich gebracht.

Bei größeren Eingriffen mit hohem Blutungsrisiko – zum Beispiel Hüftoperationen, Gallen- oder Wirbelsäulenchirurgie – muss bei DOAK eine längere Pause von circa drei Tagen eingehalten werden. 48 bis 72 Stunden nach dem Eingriff wird die Therapie fortgesetzt. Bei VKA wird der INR zunächst auf unter 1,5 eingestellt, dann

die Einnahme am Op-Tag kurz ausgesetzt und nach 24 Stunden wieder gestartet. Konkret besprechen das optimale Vorgehen Chirurg und Kardiologe in Abhängigkeit von Wirkstoff, Nierenfunktion, Blutungsrisiko des Eingriffs und individuellem Thromboembolierisiko.

13 Gibt es eine Alternative zu Gerinnungshemmern?

In seltenen Fällen, wenn Antikoagulanzien nicht eingenommen werden können oder nicht vertragen werden, kann der Verschluss des linken Vorhofohres eine Option sein. Denn in dieser kleinen Ausbuchtung des Vorhofs entstehen leicht Blutverklumpungen (Thromben), die einen Schlaganfall auslösen können. Ob eine solche Prozedur infrage kommt, sollte individuell in einem spezialisierten Zentrum geprüft werden.

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 zum Beispiel 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 Grapefruitsaft 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 dennoch 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 wieder zu Rückfällen kommen kann. Hier ist in Zukunft vielleicht eine Änderung möglich, zumindest bei eindeutig lange anhaltendem Ablationserfolg und niedrigem CHA_2DS_2-VA Score.

! MERKE: Die Antikoagulation richtet sich weiter nach dem Schlaganfallrisiko, nicht allein nach scheinbar erfolgreicher Rhythmuskontrolle.

---

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 (hoch dosiertes Antiarrhythmikum als Tablette oder Infusion) oder durch einen 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 – oft mit Kälte (Kryoablation) oder Hitze durch (Hochfrequenz-)Stromabgabe. Im Prinzip wird dabei die elektrische Leitung zwischen Pulmonalvenen und Vorhof getrennt („Pulmonalvenenisolation").

Bei der neuen Technologie der sogenannten Pulsed Field Ablation, die zunehmend genutzt wird, werden gezielt nur in den Zellmembranen der Herzmuskelzellen kleinste Poren erzeugt, die den elektrischen Kreislauf unterbinden. Das Verfahren gilt als besonders risikoarm und effektiv, wenn es von erfahrenen Ärzten durchgeführt wird.

17 Wann ist eine Ablation ratsam?

Eine Katheterablation wird zunehmend früher empfohlen – abhängig von der Erkrankungssituation. Denn eine frühe („first line") Katheterablation bei anfallsweisem (paroxysmalem) Vorhofflimmern kann das Fortschreiten

zu länger anhaltendem (persistierendem) Vorhofflimmern verhindern. Daher soll insbesondere bei jüngeren Patienten mit Symptomen, die ansonsten keine relevanten Begleiterkrankungen haben, gleich eine Katheterablation erfolgen. Bei schwerer Herzinsuffizienz plus chronischem Vorhofflimmern kann mit einer Ablation sogar ein Überlebensvorteil erreicht werden. Die Entscheidung ist immer individuell in Hinblick auf Alter, Vorerkrankungen und die möglichen Risiken des Eingriffs zu treffen.



! Besteht das Vorhofflimmern länger als 12 Monate sollte neben der Katheterablation eine chirurgische Ablation im Sinne eines Hybridverfahrens erwogen werden.

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

Prinzipiell sind die Erfolgsaussichten durch eine Katheterablation bei den gängigen Verfahren – mit einem Kälteballon (Kryoablation), mit Wärme (Radiofrequenzablation) oder nicht thermisch (Pulsed Field Ablation) – gleich. 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 wie Blutungen in den Herzbeutel oder ein Schlaganfall, ausgelöst durch die Prozedur, sind sehr selten. 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 den meisten erfahrenen Zentren liegt die Rate schwerwiegender Komplikationen bei unter einem Prozent.

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

Je nachdem, wie lange das Vorhofflimmern bereits besteht und ob Schäden am Herzen entstanden sind, kann in 50 bis 90 Prozent 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). Bis zu einem Wiederholungseingriff sollte mindestens acht Wochen abgewartet werden. Gerade bei Patienten mit anhaltendem (persistierendem) Vorhofflimmern sind mehrgleisige Therapiekonzepte oder mehrfache Ablationen nötig. Etwa jeder Dritte benötigt nach einer Ablation zum Beispiel noch Antiarrhythmika.

! Eine Ablation bietet keinen absoluten Schutz vor erneutem Vorhofflimmern.

Vertiefen Sie Ihr Wissen zum Thema Vorhofflimmern

Bestellen Sie die umfangreiche Broschüre, die zu den Herzwochen 2026 mit neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen aktualisiert wurde.



HERZ AUS DEM TAKT
Vorhofflimmern
erkennen und handeln
Bestellnr.: BR11*

Fordern Sie Ihr Exemplar einfach per **Bestellnummer** unter Tel: **069 955128-400**, per Mail: **bestellung@herzstiftung.de** oder unter **herzstiftung.de/bestellen** an.

*Bitte unterstützen Sie unser Informationsangebot mit einer Spende! herzstiftung.de/spenden

IMPRESSUM
HERZ AUS DEM TAKT
Vorhofflimmern
erkennen und handeln
20 Fragen – 20 Antworten
Stand: August 2026

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

REDAKTION
Ruth Ney

PRODUKTIONSLEITUNG
Ria Kress

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

BILDNACHWEIS
© Adobe Stock: S. 2 contrast-werkstatt, S. 6, 11, 13 palau83, S. 8 howcolour, S. 14 megaflopp, S. 21 SkyLine, S. 23 kupicoo
Sonstige Motive: Titel: Stefanie Schaffer, Logo Celestino Piatti, S. 5 Suriya Siritam

GENDERN
Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die zusätzliche 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

herzstiftung.de/spenden



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