



# DGK.

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie  
– Herz- und Kreislaufforschung e.V.

Grafenberger Allee 100  
40237 Düsseldorf  
Telefon: +49 (0) 211 / 600 692-43  
Fax: +49 (0) 211 / 600 692-10  
E-Mail: [presse@dgk.org](mailto:presse@dgk.org)  
Web: [www.dgk.org](http://www.dgk.org)

## **„Je früher wir Vorhofflimmern korrekt behandeln, desto besser für unsere Patienten“**

*Statement Priv.-Doz. Dr. K. R. Julian Chun, Tagungspräsident der Deutschen Rhythmus Tage*

Vorhofflimmern hat sich inzwischen zu einer Volkskrankheit entwickelt: Diese häufigste unter den Herzrhythmusstörungen betrifft in Deutschland aktuell etwa 1,8 Millionen Menschen. Einer von drei Menschen über 55 Jahren wird an Vorhofflimmern erkranken. Bei Vorhofflimmern werden die Vorhöfe des Herzens sehr schnell und chaotisch elektrisch aktiviert, stehen als Folge mechanisch still und können das Blut nicht mehr gleichmäßig weiterpumpen. Als Resultat daraus steigt das Risiko für die Bildung eines Blutgerinnsels im linken Vorhof stark an. Bewegt sich dieses Blutgerinnsel im Blutfluss weiter durch den Körper bis hin in das Gehirn, kann es zu einem sogenannten ischämischen Schlaganfall kommen. Mehr als 20 % aller Schlaganfälle sind ischämisch. Außerdem entwickelt sich bei 20 bis 30 % aller Vorhofflimmer-Patienten im Verlauf eine Herzinsuffizienz aus. Vorhofflimmern ist nicht nur mit einer um den Faktor 1,5 bis 3,5 erhöhten Sterblichkeit verbunden, sondern mehr als 60 % Patienten mit dieser Erkrankung empfinden ihre Lebensqualität als deutlich eingeschränkt.

Vorhofflimmern ist eine Erkrankung, die sich im Verlauf immer weiter verschlechtert. Ganz klassisch beginnt sie mit kurzen Episoden, sogenannten Tachyarrhythmie-Anfällen, nach denen sich der Herzrhythmus von selbst wieder normalisiert. Man spricht in diesem Stadium vom paroxysmalen Vorhofflimmern. Im Laufe der Zeit werden diese Episoden jedoch länger (persistierendes Vorhofflimmern) und können im Endstadium sogar dauerhaft bestehen. In diesem Fall sprechen wir von permanentem Vorhofflimmern.

Grundsätzlich, das haben viele randomisierte Studien eindeutig belegt, sollten Vorhofflimmern-Patienten zur Schlaganfallprophylaxe blutverdünnende Medikamente, bspw. NOAKs einnehmen. Auch eine entschiedene Behandlung von Risikofaktoren wie Adipositas durch körperliches Training können ein Fortschreiten der Krankheit oder auch ein Wiederauftreten von Vorhofflimmer-Episoden verhindern.

Bei unserem Behandlungsvorgehen über diese Grundversorgung hinaus unterscheiden wir unterschiedliche Therapieziele: Entweder streben wir eine Rhythmuskontrolle an, versuchen also, einen stetig normalen Herzrhythmus, den sogenannten Sinusrhythmus zu erreichen. Hierfür stehen uns als Instrumente antiarrhythmische Medikamente und/oder die Vorhofflimmerablation zur Verfügung. In anderen Fällen steht eine Frequenzkontrolle im Vordergrund der Therapie. Ziel ist es hier, ein normofrequentes Vorhofflimmern zu erreichen, bei dem die Herzkammern normal weiterschlagen und Blut transportieren.

Neue Studien aus diesem Jahr haben die Frage nach der idealen Behandlungsstrategie neu beantwortet. Die EAST-Studie zeigte, dass eine Strategie, die ganz frühzeitig nach der Erstdiagnose darauf abzielt, den Sinusrhythmus dauerhaft wiederherzustellen, für die Patienten besonders vorteilhaft war: Es kam seltener zu Schlaganfällen, kardiovaskulären Todesfällen und Krankenhausaufnahmen aufgrund von Herzinsuffizienz oder einem akuten Koronarsyndrom. Bei der Frage, welche uns zur Verfügung stehenden Instrumente wir dabei wählen sollten, helfen uns zwei weitere randomisierte Studien aus 2020 weiter. Kuniss et al. und Wazni et al. konnten in ihren Studien zeigen, dass eine frühzeitige Ablation mit dem Kälteballon einer medikamentösen Therapie deutlich überlegen ist. Die randomisierte, weltweit durchgeführte CABANA Studie, deren Ergebnisse im vergange-



# DGK.

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie  
– Herz- und Kreislaufforschung e.V.

Grafenberger Allee 100  
40237 Düsseldorf  
Telefon: +49 (0) 211 / 600 692-43  
Fax: +49 (0) 211 / 600 692-10  
E-Mail: [presse@dgk.org](mailto:presse@dgk.org)  
Web: [www.dgk.org](http://www.dgk.org)

nen Jahr publiziert wurden, konnte keinen Unterschied zwischen der Katheterablation und einer medikamentösen Therapie bezüglich des kombinierten primären Endpunkts (bestehend aus Tod, Schlaganfall, Blutung, Herzstillstand) zeigen. In „per protocol“ Analysen zeigte sich allerdings ein deutlicher Nutzen für die Katheterablation im Vergleich zur medikamentösen Therapie. Die ebenfalls prospektiv randomisierte ATTEST Studie hat untersucht, ob eine frühe Katheterablation von paroxysmalem Vorhofflimmern das Fortschreiten der Erkrankung positiv beeinflussen kann. In dieser Studie konnte eine gezeigt werden, dass eine frühzeitige Katheterablation die Progression von paroxysmalem Vorhofflimmern in persistierendes Vorhofflimmern verlangsamen kann. Auch die CASTLE AF-Studie unterstützt die Durchführung einer Katheterablation bei Vorhofflimmern und reduzierter linksventrikulärer Funktion. Diese Beobachtung wird durch eine kürzlich publizierte Meta-Analyse (Chen S. et al. European Heart Journal 2020) gestützt.

Aus diesen neuen Studiendaten ergibt sich nun für uns ein klareres Bild, dass die Strategie einer frühzeitigen Rhythmuskontrolle sehr sinnvoll erscheinen lässt. Auch die neuen europäischen Leitlinien zur Therapie des Vorhofflimmerns folgen dieser Einschätzung.

Die Therapiestrategie der Frequenzkontrolle weist im Gegenteil zu der frühzeitigen Rhythmuskontrolle einige Nachteile auf. Zwar ist sie einfach durchzuführen und eine Symptombefreiung kann in vielen Fällen erreicht werden, das Herz wird jedoch nach wie vor unphysiologisch erregt, wodurch strukturelle Schädigungen des Herzmuskels entstehen können. Hinzu kommt, dass die zur Frequenzkontrolle nötigen Medikamente wie Betablocker, Digitalis und Calcium-Antagonisten Nebenwirkungen verursachen. Im Fall einer erfolgreichen Rhythmuskontrolle nach Verwendung von spezifischen Medikamenten oder nach Durchführung einer Katheterablation wird das Herz hingegen wieder normal erregt und weitere Schädigungen somit seltener zu erwarten. Außerdem zeigen uns die Daten, dass wir durch diese Therapie eine bessere Prognose für die Patienten erreichen können.

Dennoch stehen wir vor Herausforderungen: Die Vorhofflimmer-Ablation ist eine komplexe Prozedur, die eine fehlerfreie Indikationsstellung, Durchführung und Nachbehandlung erfordert. Grundsätzlich geht sie mit dem Risiko für Komplikationen während der Prozedur einher. Daher zertifiziert die DGK in einer neuen Initiative Vorhofflimmer-Zentren, die definierte Qualitätsmerkmale erfüllen.

Der prozedurale Endpunkt einer VHF Ablation stellt die sogenannte Pulmonalvenen Isolation (PVI) dar. Es verbleibt derzeit jedoch offen, welche weiteren Ablationsziele und -strategien bei Patienten mit Vorhofflimmern trotz permanenter PVI in Frage kommen. Dazu laufen aktuell randomisierte Studien wie die in Deutschland durchgeführte ASTRO AF-Studie. Darüber hinaus findet eine rasante technologische Entwicklung statt, welche in Zukunft die PVI sicherer, einfacher und reproduzierbarer machen sollen.

Die derzeitige Pandemie-Situation sollte uns dazu motivieren, intersektorale Konzepte zu entwickeln, um stationäre Aufnahmen von Vorhofflimmer-Patienten zu reduzieren und Patienten gegebenenfalls in speziellen Rhythmus-Units im Kontext einer Notaufnahme zu behandeln.

Immer wieder stellen Patienten uns die Frage, wie hilfreich sogenannte Wearables wie Uhren oder Pflaster in der Diagnose von Vorhofflimmern und in der Nachsorge sein können. Derzeit sind die unterschiedlichsten Produkte auf dem Markt und bei weitem nicht alle sind als Medizinprodukte zugelassen und überprüft. Daher sollten Patienten sich niemals ausschließlich auf die Auswertung



**DGK.**

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie  
– Herz- und Kreislaufforschung e.V.

Grafenberger Allee 100  
40237 Düsseldorf  
Telefon: +49 (0) 211 / 600 692-43  
Fax: +49 (0) 211 / 600 692-10  
E-Mail: [presse@dgk.org](mailto:presse@dgk.org)  
Web: [www.dgk.org](http://www.dgk.org)

---

dieser Wearables verlassen oder gar auf einen Arztbesuch verzichten. Selbst die besten Devices können nur ein erster Ausgangspunkt für weitere, fachlich abgesicherte Untersuchungen sein.