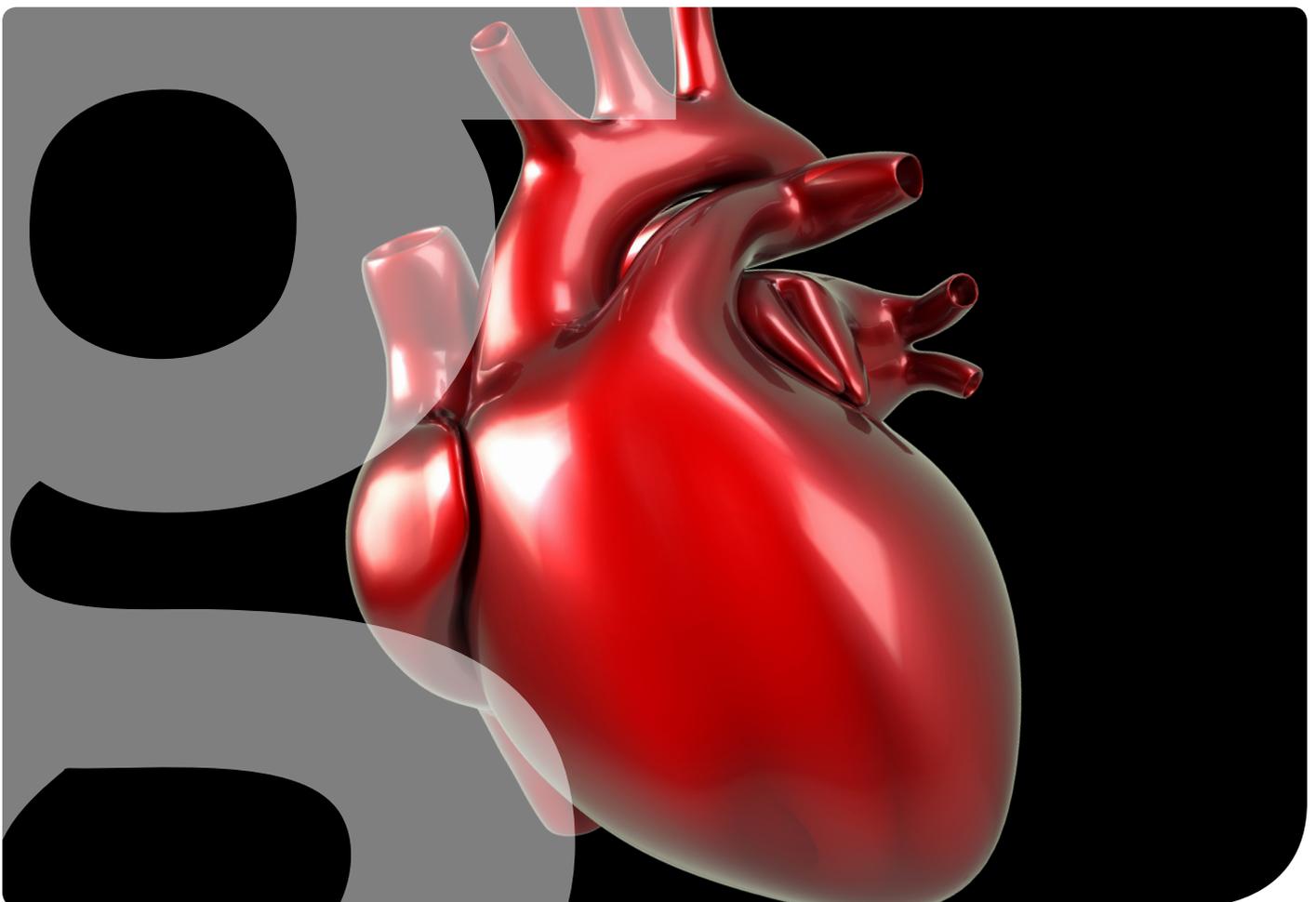


Abschlussbericht zur ENQUETE

Vorhofflimmern

Bewusstsein schaffen zur Verlängerung der in Gesundheit verbrachten Lebensjahre

20. Jänner 2012



Impressum

Eigentümer, Herausgeber und Verleger:

Bundesministerium für Gesundheit, Radetzkystraße 2, 1030 Wien

Für den Inhalt verantwortlich:

Priv.-Doz. Dr. Pamela Rendi-Wagner, MSc, Leiterin der Sektion III des BMG

MR Dr. Magdalena Arrouas, stv. Leiterin der Sektion III des BMG

Autoren und Experten:

Angabe der Autoren und Experten bei den jeweiligen Artikeln

Druck:

Druckerei des BMG, 1030 Wien

Internet:

<http://www.bmg.gv.at>

Alle Rechte vorbehalten, jede Verwertung (auch auszugsweise) ist ohne schriftliche Zustimmung des Medieninhabers unzulässig. Irrtümer, Druck- und Satzfehler vorbehalten.

Wien, Juni 2012

Inhalt

Vorwort	4
Fakten zu Vorhofflimmern und Ziele der Enquete	5
Vorhofflimmern - Aktuelle Leitlinien zu Diagnostik und Therapie	7
Vorhofflimmern und seine Konsequenzen –	9
Sicht der Neurologie	9
Vorhofflimmern – Notwendigkeit und Probleme der Antikoagulation	11
Gibt es Bedarf zu gesteigerter Diagnostik –	13
Sicht des Allgemeinmediziners	13
Psychosomatische Aspekte bei Vorhofflimmern	15
Ergebnisse aus dem Workshop 1	17
Ergebnisse aus dem Workshop 2	19
Schlussfolgerungen und Ausblick	21
Mitwirkende	22

Vorwort



Die Enquete stellte ein Thema in den Mittelpunkt, dem bisher noch keine besondere allgemeine Aufmerksamkeit gewidmet wurde, obwohl Vorhofflimmern die häufigste Herzrhythmusstörung ist, die insgesamt 1-2 % der Bevölkerung betrifft, somit in Österreich etwa 100 000 Menschen betroffen sind und europaweit ca. 6 Millionen daran leiden.

Es handelt sich also auch um ein gesundheitspolitisch relevantes Problem, das es rechtzeitig zu erkennen und in den Blick zu nehmen gilt und dies ist auch die Motivation für die Einladung zu dieser Enquete indem eine Plattform für eine inhaltliche Auseinandersetzung mit dem Thema Vorhofflimmern geboten wird.

Gesteigertes Bewusstsein zu schaffen, nicht nur in der Bevölkerung, sondern auch in der Ärzteschaft stellt einen ersten wichtigen Schritt zur Verbesserung dar. Ziel der Veranstaltung war die Einleitung eines multidisziplinären Austausches des Wissens, der Erfahrungen und der Bedürfnisse der einzelnen Fachdisziplinen, wobei die Einbindung der Allgemeinmedizinerin und des Allgemeinmediziners in diesen Prozess besonders wichtig ist, sind diese doch in den meisten Fällen die erste wegweisende Anlaufstelle und haben auch eine Schlüsselposition in der Prävention und Früherkennung.

Als österreichischer Gesundheitsminister liegen mir Prävention und Krankheitsvermeidung ganz besonders am Herzen und meine Gesundheitspolitik orientiert sich stark an der Wichtigkeit gesunder Lebenswelten und einem gleichen Zugang zu Einrichtungen des Gesundheitssystems für alle, was auch eine ausgebildete Gesundheitskompetenz bei jedem Einzelnen voraussetzt.

Gerade auch im Zusammenhang mit Vorhofflimmern können verschiedene allgemein präventive Maßnahmen wie gesunde Ernährung und Bewegung, Vermeidung von Rauchen und übermäßigem Alkoholkonsum viel dazu beitragen, dass dieses und alle damit verbundenen Risiken gar nicht auftreten.

Ich bin zuversichtlich, dass diese Expertinentagung einen wichtigen Impuls gesetzt hat, enger und strukturierter zusammenzuarbeiten, vielleicht auch eine geeignete Form der Kooperation zu etablieren, um gemeinsam mitzuhelfen die Herzen aller im richtigen Takt schlagen zu lassen.



BM Alois Stöger, dipl.

Bundesminister für Gesundheit

Weidinger, Prim. Univ.-Prof. Dr. Franz

Leiter der 2. Med. Abteilung der KA Rudolfstiftung Wien, Präsident elect der Österreichischen Kardiologischen Gesellschaft



Fakten zu Vorhofflimmern und Ziele der Enquete

Vorhofflimmern ist die häufigste Herzrhythmusstörung, die insgesamt 1-2% der Bevölkerung betrifft. Somit sind in Österreich ca. 100.000 Personen davon betroffen. VHF ist auch eine altersabhängige Herzrhythmusstörung, sodass bei älteren Menschen über 65 Jahre die Häufigkeit bereits 6%, bei über 80-Jährigen bis zu 20% beträgt.

Mögliche **Folgerscheinungen** von VHF, abhängig vom Alter und von Begleiterkrankungen des Patienten, reichen von spürbarem, oft raschem Herzklopfen (tachykardes VHF), allgemeinem Unwohlsein, bis zur Schwächung des Herzmuskels und manifester Herzinsuffizienz, dadurch vermehrten Hospitalisationen und erhöhter Mortalität, letztere vor allem bedingt durch den ischämischen Schlaganfall. Das Schlaganfallrisiko steigt bei VHF bis auf das Fünffache der Normalbevölkerung, je nach begleitenden Risikofaktoren wie Alter >65, Hypertonie, Diabetes, Herzinsuffizienz und bereits durchgemachte frühere Schlaganfälle.

Durch die **hohe Morbidität und Mortalität des Schlaganfalls** besteht aus medizinischer und gesundheitsökonomischer Sicht ein grosser Bedarf an optimaler Diagnostik und Behandlung des VHF. Das Schlaganfallrisiko kann durch eine orale Antikoagulationstherapie deutlich verringert werden. Die Erfahrung zeigt jedoch, dass nur ca. 60% der Pat. mit VHF einer adäquaten Antikoagulation zugeführt werden. Voraussetzung für diese wie auch für andere Formen der Pharmakotherapie ist die korrekte Diagnose und die Aufdeckung von VHF auch in jenen Fällen, die schwer erkennbar sind.

Möglichkeiten der Diagnostik und Behandlung des VHF sind:

- Screening durch Gelegenheits-EKG, Pulsmessen, Auskultation
- Gezielte Diagnostik durch 24-Stunden-EKG, Telemetrie-EKG, 7-Tage-Holter-EKG
- Bei nachgewiesenem VHF:
 - Erhebung der Risikofaktoren
 - Erhebung der Symptome (EHRA I-IV)
 - Ausschluss/ Nachweis kardialer Grunderkrankung (Echokardiographie)
 - Antikoagulation (Akut- und/oder Langzeit-OAK)
 - Rhythmuskontrolle: Cardioversion, elektrisch oder medikamentös
 - Frequenzkontrolle

Wir haben es als wichtiges Ziel angesehen, in diese Enquete jene **medizinischen Fachgebiete und deren Gesellschaften einzubeziehen**, die in der Diagnose und Behandlung des Vorhofflimmerns und dessen Folgen massgeblich beteiligt sind:

- Allgemeinmediziner (Erstdiagnose, Folgeuntersuchungen)
- Internisten/ Kardiologen (Spezifische Untersuchung bei Verdacht oder nach Aufdeckung)
- Neurologen (Schlaganfall-Behandlung)
- Hämostaseologen (Fragen zur/ Kontrolle der Antikoagulation)
- Patientenorganisationen (Patientenerfahrung, -aufklärung)

Ziele dieser Enquete waren:

- Die Feststellung des aktuellen Stands über die Bedeutung des Vorhofflimmerns (VHF)
- Schaffung von „Awareness“ (Bewusstheit) in der Bevölkerung für die Bedeutung und Risiken
- Verbesserung der Information über
 - Risikofaktoren für VHF und deren Prävention
 - Aktuelle Leitlinien
 - Zusammenhang zwischen VHF und Schlaganfall
- Diskussion über Möglichkeiten verbesserter Datenerhebung (Register)

Nicht zuletzt wurde auch darüber diskutiert, inwieweit innerhalb der Ärzteschaft ein Bedarf für mehr Information über aktuelle Behandlungsleitlinien und neue Möglichkeiten der Antikoagulation besteht.

Resultat dieser Diskussion war der Vorschlag für Maßnahmen, die zu einer **Steigerung der Bewusstheit (Awareness) für VHF in der Bevölkerung** führen, beispielsweise die Produktion einer **Aufklärungsbroschüre**. Weiters wurde die Gründung eines **VHF-Kompetenznetzes** bzw. einer multidisziplinären Task Force in Erwägung gezogen.

Motto dieser Veranstaltung war: „Schach dem ischämischen Schlaganfall!“ mit dem Ziel: „Bewusstsein schaffen zur Verlängerung der in Gesundheit verbrachten Lebensjahre“.

Roithinger, Univ.-Doz. Dr. Franz Xaver

Vorstand der internen Abteilung des Thermenklinikums Mödling



Vorhofflimmern - Aktuelle Leitlinien zu Diagnostik und Therapie

Vorhofflimmern ist die häufigste Herzrhythmusstörung, eine Rhythmusstörung des älteren Menschen, Inzidenz und Prävalenz nehmen aber unabhängig vom Älterwerden der Bevölkerung ständig zu. Die letzten aktuellen Leitlinien zu Diagnostik und Therapie des Vorhofflimmerns wurden von der European Society of Cardiology im September 2010 im European Heart Journal veröffentlicht (<http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/Pages/atrial-fibrillation.aspx>).

Diagnose:

Die Diagnose von Vorhofflimmern erfolgt üblicherweise anhand der typischen Klinik (Palpitationen, Leistungsknick) und des typischen Elektrokardiogramms (absolute Arrhythmie der Kammerkomplexe). Nicht selten wird Vorhofflimmern zufällig entdeckt (Gesundenuntersuchung, Operationsfreigabe), in tragischen Fällen ist die Erstmanifestation der thromboembolische Schlaganfall, da viele Patienten den unregelmäßigen Puls nicht verspürten. Je nach Präsentation unterscheidet man paroxysmales Vorhofflimmern (selbstterminiert innerhalb 48 Stunden), persistierendes Vorhofflimmern (nicht selbstterminiert) und permanentes Vorhofflimmern (Akzeptanz durch Patienten und Arzt).

Prognose – Antikoagulation:

Die Prognose des Patienten mit Vorhofflimmern ist definiert durch das höhere Risiko eines thromboembolischen Schlaganfalles. Die Risikofaktoren sind gut zusammengefasst im CHA₂DS₂VASc-Score: Jeder Buchstabe ein Risikofaktor (C – Herzinsuffizienz; H – Hypertonie; A₂ – Alter > 75, D – Diabetes, S₂ – Schlaganfall; V – vaskuläre Erkrankung; A – Alter > 65; S – weibliches Geschlecht). Alter > 75 und Zustand nach Schlaganfall ergeben 2 Punkte, alle anderen Risikofaktoren einen Punkt, ab 2 Punkten ist die orale Antikoagulation obligat (Marcoumar, INR 2.0 – 3.0), ab 1 Punkt wünschenswert, bei 0 Punkten nicht erforderlich. Faktor Xa – Antagonisten (Rivaroxaban und Apixaban) sowie direkte Thrombininhibitoren (Dabigatran, Pradaxa ist seit 1. Februar 2012 in der Indikation nicht-valvuläres Vorhofflimmern und > 1 Risikofaktor in Österreich verschreibbar) werden die Prophylaxe zukünftig revolutionieren.

Frequenzkontrolle – Rhythmuskontrolle:

Die Mehrzahl der Patienten wird klinisch mit einer reinen Frequenzkontrolle symptomatisch gut betreut sein. Betablocker, Calcium-Antagonisten und Digitalis sind die Medikamente der Wahl. Bei weiter symptomatischen Patienten wird eine Rhythmuskontrolle erforderlich sein. Bei strukturell herzgesunden Patienten kann jedes Medikament eingesetzt werden, bei Koronarer Herzkrankheit kommen Dronedaron und Sotalol zum Einsatz, bei Herzinsuffizienz ist nur Amiodaron empfohlen, das auch gleichzeitig das effektivste Antiarrhythmikum darstellt. Da häufig Antiarrhythmika entweder

ineffektiv sind oder nicht gut vertragen werden, gewinnt die Katheterablation (empirische Pulmonalvenenisolation) zunehmend an Bedeutung. In kleineren Studien und Metaanalysen scheint die Katheterablation der Therapie mit Antiarrhythmika überlegen zu sein, randomisierte Studien liegen allerdings noch nicht vor.

Prävention:

Es gibt wohl definierte Risikosituationen für das Auftreten von Vorhofflimmern, zufriedenstellende vorbeugende Maßnahmen oder medikamentös präventive Strategien ("upstream therapy") sind allerdings noch nicht etabliert.

Zusammenfassung:

Vorhofflimmern ist aufgrund der Häufigkeit, der konsekutiven Morbidität und der potentiellen Mortalität eine gesundheitspolitisch sehr bedeutsame Erkrankung. Für die subjektive Lebensqualität kommt eine effektive Frequenzkontrolle, die medikamentöse Therapie mit Antiarrhythmika oder bei ausgewählten Patienten mit kurativem Ansatz die Katheterablation in Frage. Die Verbesserung der immer noch schlechten Prognose der Patienten mit Vorhofflimmern ist nur möglich über eine Aufklärung der Bevölkerung, die frühe Erkennung der Rhythmusstörung auch bei asymptomatischen Patienten, und die konsequente medikamentöse Embolieprophylaxe.

Prim. Univ.-Prof. Dr. Wilfried Lang

Vorstand der Abteilung für Neurologie, neurologische Rehabilitation und Akutgeriatrie, KH der Barmherzigen Brüder Wien, Österreichische Schlaganfall-Gesellschaft (ÖGSF)



Vorhofflimmern und seine Konsequenzen – Sicht der Neurologie

In Österreich erleiden ca. 24.000 Menschen jährlich einen Schlaganfall, bei ca. 6200 Ereignissen ist Vorhofflimmern die Ursache. Dies ist überraschend, denn wir verfügen über Medikamente, welche den Schlaganfall bei Vorhofflimmern wirksam verhindern.

Gegenüber Menschen ohne Vorhofflimmern (VHF) haben Menschen mit VHF im Durchschnitt ein 5-fach erhöhtes Schlaganfall-Risiko, wenn keine Behandlung erfolgt. Unter Berücksichtigung von Alter, Geschlecht, Begleiterkrankungen (Hypertonie, Diabetes mellitus, Herzinsuffizienz) kann für jede Person mit Vorhofflimmern das individuelle, jährliche Risiko eines Schlaganfalls errechnet werden. Es schwankt zwischen 1,9% und 18,2% / Jahr. Nehmen wir als Rechenbeispiel ein Risiko von 10% / Jahr an. Die bisher verfügbaren Medikamente, die Vitamin-K-Antagonisten (VKA) wie Marcoumar und Sintrom reduzieren das jährliche Risiko von 10% auf 3,6%. Neu verfügbare Medikamente (Thrombin-Inhibitoren und Faktor Xa-Hemmer) können das Risiko um ein weiteres 1/3, also auf 2,4% senken. Die Tatsache, dass immer noch so viele Menschen einen Schlaganfall erleiden liegt an dem mangelnden Gebrauch dieser Medikamente, wie wir aus weltweiten Untersuchungen wissen. Oft werden auch beim Vorhofflimmern Plättchenhemmer (Acetylsalicylsäure oder Clopidogrel) eingesetzt, die das Schlaganfall-Risiko bei Vorhofflimmern nur in einem geringen und nicht bedeutenden Ausmaß senken.

Es ist nicht nur die Zahl der VHF-verursachten Schlaganfälle hoch, sondern auch der Schweregrad der Ereignisse. Beim VHF ist die Blutströmung im linken Vorhof reduziert, was zur Bildung von Gerinnseln (Thromben) führt. Wenn ein Thrombus ausgeschwemmt wird, gelangt er mit einer Wahrscheinlichkeit von 90% in die hirnzuführenden Gefäße und verursacht einen Gefäßverschluss. Die ausgeschwemmten Thromben haben oft ein großes Volumen und verschließen eine große Hirnarterie: Beim VHF sind die Schlaganfälle schwerer als bei anderen Ursachen. Die Mortalität und die Morbidität sind höher als bei anderen Ursachen.

In Österreich existiert ein international anerkanntes Schlaganfall-Register. Es eignet sich um die Qualität der Prävention in Österreich zu untersuchen. Es kann angegeben werden, bei wie vielen Personen mit Schlaganfall das VHF bereits bekannt oder noch nicht bekannt war. Wie ist die Qualität der Prävention des Schlaganfalls bei VHF in Österreich? Können nationale Ziele (Reduktion der

Schlaganfälle bei VHF) vereinbart werden? Wenn ja, dann könnte auch die Zielerreichung untersucht werden.

Die Österreichische Schlaganfall-Gesellschaft sieht die Bedeutung des seit nun 10 Jahren etablierten Schlaganfall-Registers nicht nur in der Qualitätssicherung sondern auch als Möglichkeit „Change-Projekte“ durchzuführen. Die Bedeutung der Vereinbarung von nationalen Zielen (z.B. Reduktion des VHF-verursachten Schlaganfalls, aber auch Anteil der Raucher nach einem Schlaganfall senken etc.) wird in einigen Ländern (Kanada, USA) erkannt, Maßnahmen werden umgesetzt. Die Österreichische Schlaganfall-Gesellschaft (ÖGSF) und das Stroke Unit-Netzwerk in Österreich bieten hier ihre Zusammenarbeit an.

Ao. Univ.-Prof. Dr. Paul A. Kyrle

Klinik für Innere Medizin I AKH-Wien/Universitätskliniken



Vorhofflimmern – Notwendigkeit und Probleme der Antikoagulation

Vorhofflimmern ist eine Erkrankung des älteren Menschen und betrifft ungefähr 10 % aller Personen, die älter als 80 Jahre alt sind. Vorhofflimmern erhöht das Risiko für Schlaganfälle um das 5-fache und 15 % aller Schlaganfälle werden durch Vorhofflimmern ausgelöst.

Die Morbidität und Mortalität der durch Vorhofflimmern ausgelösten Schlaganfälle ist höher als bei Schlaganfällen anderer Genese. Risikofaktoren für das Auftreten von Schlaganfällen bei Patienten mit Vorhofflimmern sind Herzschwäche, hoher Blutdruck, fortgeschrittenes bzw. hohes Alter, Diabetes mellitus, bereits durchgemachter Embolien oder Schlaganfall, arterielle Gefäßerkrankung und weibliches Geschlecht.

Je nach Anzahl der Risikofaktoren kann das jährliche Schlaganfallrisiko bis zu 15 % betragen. In mehreren großen Studien wurde gezeigt, dass die Vitamin K-Antagonisten das Schlaganfallrisiko um mehr als 50 % senken. Das Risiko schwerer Blutungen unter den Vitamin K-Antagonisten ist in klinischen Studien gering (0,5 – 3 % pro Jahr), im klinischen Routinealltag aber wesentlich höher.

Die Nachteile der Vitamin K-Antagonisten sind ihr enges therapeutisches Fenster, die variable Dosis/Wirkungsbeziehung und die Wechselwirkung mit Medikamenten (vor allem die nicht-steroidalen Antirheumatika) und Ernährungsgewohnheiten. Aus den genannten Gründen muss die Therapie mit Vitamin K-Antagonisten regelmäßig durch Laborkontrollen (INR-Bestimmung) monitiert werden. Dies führt zu einer schlechteren Lebensqualität und geringer Patientenakzeptanz. Letztendlich werden nur ca. 50 % der Patienten, die eine Indikation zur Vitamin K-Antagonisten-Therapie haben, behandelt.

In den letzten Jahren wurden neue Antikoagulanzen entwickelt, die bereits in der Europäischen Union zugelassen sind und in Österreich bereits eingesetzt werden (Dabigatran). Dabigatran (Pradaxa) ist ein Thrombininhibitor und wird in einer Dosis von 2 x 110 mg oder 2 x 150 mg pro Tag oral verabreicht. Rivaroxaban (Xarelto) ist ein direkter Faktor X-Hemmer, der 1x pro Tag (20 mg) verabreicht wird.

In großen klinischen Studien wurde gezeigt, dass Pradaxa (hohe Dosis) und Xarelto das Schlaganfallrisiko gegenüber den Vitamin K-Antagonisten senkt ohne das Blutungsrisiko zu steigern. Die niedrige Dosis von Pradaxa geht mit einem deutlich niedrigen Blutungsrisiko bei gleicher Effektivität wie die Vitamin K-Antagonisten einher.

Aus Sicht des Autors werden in den nächsten Jahren die meisten Patienten mit Vorhofflimmern mit diesen neuen oralen Antikoagulanzen behandelt werden. Die Nachteile der neuen Substanzen

gegenüber den Vitamin K-Antagonisten ist die Tatsache, dass kein direktes Antidot im Falle einer Blutungskomplikation zur Verfügung steht und dass die neuen Substanzen bei schwerer Niereninsuffizienz kontraindiziert sind.

Dr. Reinhold Glehr

Arzt für Allgemeinmedizin, Präsident ÖGAM (Österreichische Gesellschaft für Allgemeinmedizin)



Gibt es Bedarf zu gesteigerter Diagnostik – Sicht des Allgemeinmediziners

Vorhofflimmern (VHF) ist die häufigste anhaltende Herzrhythmusstörung, der wir in der allgemeinmedizinischen Praxis begegnen. Es kann gänzlich ohne Symptome vorliegen, präsentiert sich häufig mit Beschwerden, die vom Patienten bereits dem Herz zugeordnet werden, häufig aber auch mit sehr allgemeinen, unspezifischen, schwer zuordenbaren Zeichen.

Prävention

Die vielfältigen Aufgaben des Hausarztes in Zusammenhang mit VHF beginnen mit der Prävention. Patienten mit Hypertonie, koronarer Herzkrankheit, Herzinsuffizienz, Diabetes mellitus, Adipositas, Schlafapnoe, Neigung zu Alkoholkonsum, chronisch entzündlichen Erkrankungen haben ein erhöhtes Risiko für diese Herzrhythmusstörung. Eine konsequente Behandlung insbesondere der Hypertonie kann das Auftreten zumindest verzögern. Die Anleitung der Patienten zur regelmäßigen Puls- und Blutdruckkontrolle kann eine gute Möglichkeit zur Früherkennung von VHF sein.

Entdecken

Bei unspezifischen Symptomen wie paroxysmaler Schwäche, Übelkeit, Schweißausbrüchen, Atemnot sollte als eine der ursächlichen Möglichkeiten an VHF gedacht werden. Insbesondere bei neurologischen Symptomen wie halbseitige Gefühlsstörungen, Lähmungen, Sprachstörung, Sehstörung (Gesichtsfeldausfall, Amaurosis), anfallsartigem Schwindel, Synkopen, Hirnnervenausfall sollte danach gesucht werden, auch wenn aktuell ein Sinusrhythmus vorliegt.

Häufig wird symptomloses VHF bei einer Routineblutdruckmessung entdeckt, aber auch bei akut fieberhaften Erkrankungen bei älteren Patienten z.B. in Zusammenhang mit einer Lungenentzündung. Vermehrte Aufmerksamkeit sollte Risikopatienten entgegengebracht werden: 5 – 15% der über 80-jährigen haben VHF, die Häufigkeit bei Hypertonie ist doppelt so hoch. Bei koronarer Herzkrankheit, Herzinsuffizienz, COPD, Schilddrüsenüberfunktion, Übergewicht, Diabetes mellitus bzw. häufigem gleichzeitigem Vorliegen sollte der Herzrhythmus häufig kontrolliert werden.

Erstmaliges Auftreten von VHF erfolgt oft bei einem akuten dramatischen Ereignis wie Herzinfarkt, Lungenembolie, Schlaganfall, hypertoner Krise, akutem muskulärem Herzversagen. Hier liegt häufig haemodynamische Instabilität vor mit der Notwendigkeit einer stabilisierenden Erstversorgung und unmittelbarem Transport in den stationären Bereich.

Die Problematik der Entdeckung von VHF besteht eher in jenem ungefähren Drittel der Fälle, wo einerseits Symptomlosigkeit besteht, andererseits kurzzeitige unspezifische Beschwerden auftreten, die oft nicht mit dem Herz in Zusammenhang gebracht werden. Hier ist das „Daran denken“ gefragt. Komplikationen könnten verhindert werden. Das Fortschreiten von einem behandelbaren, rückführbaren Stadium zu permanentem VHF könnte verhindert werden. Wenn haemodynamische Stabilität gegeben ist, kann die Suche und Abklärung im niedergelassenen Bereich erfolgen.

Abklären, Behandeln

Die Abklärung und Indikationsstellung für die beste Therapie ist eine Domäne von Fachärzten für Innere Medizin bzw. Kardiologen. Vermehrte Achtsamkeit der Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin wird hier einen erhöhten Bedarf nach Langzeit-EKG-Untersuchungen und echokardiographischen Untersuchungen mit sich bringen.

Das flächendeckende Angebot von Ruhe EKG und 24-Stunden-Blutdruckmessung in allgemeinmedizinischen Praxen sollte Selbstverständlichkeit sein.

Begleiten

Das Bewusstsein über den Zusammenhang von VHF und Schlaganfall ist in der Bevölkerung nicht sehr groß (Unwissen in Deutschland bei 38%; Overbeck, AFNET 2010). Die Frage an Patientin oder Patienten nach ihrem Wissen über den Zusammenhang von unbehandeltem VHF und dem Risiko für einen Schlaganfall muss deshalb wiederholt gestellt werden, auch die Frage nach der Angst in Zusammenhang mit der „blutverdünnenden“ Medikation. Selbst wenn der Patient nach Krankenhausaufenthalt oder Rehabilitation geschult bzw. aufgeklärt in der hausärztlichen Praxis zur Weiterbehandlung erscheint, sind diese Fragen von Bedeutung. Verdrängen, Vergessen, situationsabhängige Änderung der Bewertung („weil es jetzt wieder besser geht...“) sind normale Reaktion nach schwerer Krankheit.

Das Verständnis der Patienten für Therapie und Kontrollmaßnahmen muss immer wieder erfragt und - wenn notwendig – auch neu hergestellt werden. Dies begründet sich darin, dass Beratung der Betroffenen nicht nur von ärztlicher Seite erfolgt, sondern vielfältige Information und verschiedene gut gemeinte Ratschläge auf sie einwirken. Gerade beim Vorhofflimmern ist die Förderung der Therapietreue eine wesentliche Komponente der Behandlung.

Für die Gewährleistung der notwendigen begleitenden Kontrollen sollte der therapieführende Arzt / Ärztin geklärt sein, damit nicht im Vertrauen auf die Zuständigkeit eines anderen die Patienten aus dem Kontrollraster fallen.

Zusammenfassung

Vermehrtes Bewusstsein für paroxysmales und symptomloses VHF bei Ärzten und für den Zusammenhang von Schlaganfall und VHF bei Patienten wird einen erhöhten Bedarf an diagnostischen Maßnahmen bringen. Der dafür notwendige Aufwand wird aber durch die verringerte Zahl von Schlaganfällen wieder aufgewogen werden können.

Nach der Abklärung der Ursachen und Einleitung der best geeigneten Therapie durch den Facharzt ist eine Langzeitbegleitung der Patienten notwendig. Regelmäßige Kontrolluntersuchungen sind sowohl bei einer frequenzkontrollierenden als auch bei einer rhythmuskontrollierenden Strategie notwendig. Gewissheit über den therapieführenden bzw. verantwortlichen Arzt begleitet von einer guten Kommunikation zwischen den verschiedenen Betreuern sichert eine qualitätvolle Betreuung.

Titscher, Dr. Georg

Facharzt f. Innere Medizin - Kardiologie, Psychotherapeut, Leiter des Psychokardiologie-Schwerpunkts der II. Med. Abteilung (Kardiologie) des Hanusch-Krankenhauses Wien



Psychosomatische Aspekte bei Vorhofflimmern

Folgende psychosomatische Faktoren sind bei VHF zu berücksichtigen:

- **Ätiologische Faktoren bei „lone“ AF**
 - psych. Auslösesituationen (Trigger)
 - mögliche zugrundeliegende Konflikte
- **Auswirkungen des Vorhofflimmerns auf**
 - Lebensqualität
 - soz. Umfeld (Partner, Beruf)
- **Adhärenz**
 - PatientInnenadhärenz
 - Arztadhärenz
- **Copingstrategien**
 - Angst
 - Depression
- **Auswirkungen der medizinischen Maßnahmen**
 - Ablation
 - Medik. Therapie (z. B. Amiodaron)

Im Impulsreferat werden einzelne Aspekte der Lebensqualität und der Adhärenz (früher Compliance) hervorgehoben.

VHF und Lebensqualität (QoL):

- **Pat. mit VHF sind eine sehr inhomogene Gruppe**
 - **Unterschiedliche Symptomatik 12-21% sind asymptomatisch (Reynolds 2006, Flaker 2005)**
Auch symptomatische Patienten haben asymptomatische Episoden (Hindricks 2005, Page 2003)
- **VHF verschlechtert die QoL**
 - Selektierte Patientensamples (Dorian 2000)
- **Stärksten Einfluss auf QoL haben**
 - NYHA, Vitium, pulmonale Erkrankung (Reynolds 2006)

- **Frauen mit VHF haben schlechtere QoL als Männer** (*Rienstra 2005, Paquette 2000*)
- **Alter und QoL**
 - Pat. schlechtere körperliche Funktionen (Ware 1993)
 - Ältere weniger Beschwerdedruck (Reynolds 2006)

Adhärenz bei Oraler Antikoagulation:

- 40 % **Nichtadhärenz** (< 80% vorgeschriebene Einnahme) Kimmel 2007
- 56 % der Pat. mit VHF **nicht guideline-konforme Therapie** bei Spitalsaufnahme
- 20 % **ohne OAK** entlassen Mehta 2004

Nicht-Adhärenz ist nicht nur ein Problem der PatientInnen sondern auch der Behandler!

Dr. Reinhold Glehr

Arzt für Allgemeinmedizin, Präsident ÖGAM (Österreichische Gesellschaft für Allgemeinmedizin)



Ergebnisse aus dem Workshop 1

Maßnahmen zur Verbesserung der Situation bei der Behandlung von Patienten und Patientinnen mit Vorhofflimmern aus Sicht der Allgemeinmedizin

Im Workshop 1 unter der Leitung von Dr. Glehr wurde eingangs die Frage, wie bekannt die aktuellen Leitlinien, CHADS-Score und HAS-Bled-Score bei den Allgemeinmedizinern seien, diskutiert. In Europa wird der CHADS- Vas-Score herangezogen, um diejenigen zu identifizieren, die niedrige Risikofaktoren haben. Orientiert man sich am CHAD-Vas-Score würde dies bedeuten, dass jede Frau ab dem 65. Lebensjahr zu behandeln wäre. Es sollten daher den Allgemeinmedizinern kurze, für die Praxis des Allgemeinmediziners entsprechende, Informationen zum CHAD-Vas-Score zur Verfügung gestellt werden. Der HAS-Bled-Score sei in diesem Bereich nicht von Bedeutung.

Als Hindernisse bei Diagnostik, Festlegung der Behandlungsstrategie und Weiterbetreuung wurde mangelndes Bewusstsein genannt. Speziell beim Allgemeinmediziner, wo Patienten über Herzklopfen, Atemnot, Schwindel oder neurologische Symptomen berichten, sollte die Möglichkeit dieser Rhythmusstörung in Betracht gezogen und eine Diagnostik eingeleitet werden:

- **EKG:** Allgemeinmediziner sollten EKG schreiben (wird in den Bundesländern verschieden gehandhabt, da die Abrechnung mit der SV unterschiedlich ist).
- **Manuelle Blutdruckmessung:** Um symptomlose Patienten zu detektieren, sollte eine **manuelle Blutdruckmessung** erfolgen, da vor allem Hypertoniker zur Risikogruppe zählen. Berichtet ein Patient, dass sein elektronisches „Blutdruckmessgerät spinnt“ könnte auch das von Bedeutung sein.
- Weiters sollte das Pulstasten zur Selbstkontrolle im Rahmen des Sportunterrichts erlernt werden.
- **Paroxysmales Vorhofflimmern:** Forderung nach mehr Augenmerk auf paroxysmales VHF, Antikoagulation ist erforderlich um einen Schlaganfall vorzubeugen.
- **Kontinuität bei der Betreuung:** Der therapieführende Arzt soll festgelegt werden, um die begleitende Kontrolle der Behandlung zu gewährleisten.

Es wurde auch diskutiert, welche Unterlagen zur Patienteninformation wünschenswert wären, da das Bewusstsein über den Zusammenhang zwischen Vorhofflimmern und Schlaganfall nicht vorhanden ist.

Eine Patienteninformation sollte aber in jenen Fällen, in denen die Indikation noch nicht klar ist, sehr behutsam formuliert sein, dort jedoch, wo die Indikation klar feststeht, harte Fakten enthalten.

Die größte Bedeutung kommt der patientenorientierten Information zu, die der Arzt dem Patienten direkt gibt, da die Arzt-Patientenbeziehung ausschlaggebend für die Compliance ist. Es herrscht einhellige Meinung darüber, dass durch Angst keine Erhöhung der Compliance erfolgt.

Zur Unterstützung der Allgemeinmediziner, inklusive der Geriater, sollten seitens diverser Facharzt disziplinen Empfehlungen ausgearbeitet werden, da gute Information und Kommunikation als wesentlicher Beitrag für die Qualität der Behandlung gesehen werden.

OA Dr. Edmund Gatterer

2. Med. Abteilung der Krankenanstalt Rudolfstiftung Wien



Ergebnisse aus dem Workshop 2

**Optimierungsmöglichkeiten in der kardiologischen Diagnostik und
Behandlung von Vorhofflimmern**

Teilnehmer: PrimärärztInnen, UniversitätsprofessorInnen und ÄrztInnen verschiedener Fachrichtungen.

Awareness: Nach einer über einstündigen, sehr regen Diskussion bestand Einigkeit unter den Teilnehmern, dass **Vorhofflimmern und die Komplikationen** in der Kollegenschaft, insbesondere unter den AllgemeinmedizinerInnen, aber auch in der Bevölkerung verstärkt ins Bewusstsein gerufen werden sollen. Besonders sollten die Patienten mit dem höchsten Risiko, nämlich Patienten mit **Hypertonie, Diabetes** und Patienten mit **Herzinsuffizienz** Beachtung finden. Es wurde beschlossen, mit den entsprechenden **Fachgesellschaften** in Verbindung zu treten.

Einigkeit bestand auch im Punkt, ob eine fachübergreifende **Informationsbroschüre für Patienten** erstellt werden soll. Die Information muss leicht verständlich sein und sich auf das Wesentliche beschränken.

Stummes Vorhofflimmern: Die Suche nach stummem Vorhofflimmern wurde von den meisten Diskutanten als nicht zielführend angesehen („Suche nach der Stecknadel im Heuhaufen“). Anzumerken ist aber, dass gerade asymptomatische Patienten besonders gefährdet sind thromboembolische Komplikationen zu erleiden.

Nicht selten ist der **Schlaganfall** die **Erstmanifestation von Vorhofflimmern**. Diese Fälle könnten durch häufigere Pulskontrolle bzw. häufigeres EKG-Schreiben reduziert werden. Wie eine rezente wissenschaftliche Publikation zeigt, lohnt es sich auch die gespeicherten Daten asymptomatischer Schrittmacherpatienten genau anzusehen. Das EKG sollte bei entsprechendem Verdacht zu jeder Vorsorgeuntersuchung gehören.

Bezüglich der Frage, ob Österreich ein allgemeines **Vorhofflimmerregister** errichten soll, bestand keine einheitliche Meinung. Wurde ein solches von den Neurologen, die schon seit Jahren ein Schlaganfallregister führen, gewünscht, waren die anderen Fachgruppen eher ablehnend. Der Vorschlag hingegen, im Rahmen von nationalen Registern in gewissen Teilbereichen Daten zu erheben, fand allgemeine Zustimmung. Als Beispiel sei ein von der Universitätsklinik Innere Medizin Abteilung Hämatologie errichtetes Register für den Einsatz neuer Antikoagulantien genannt. Die Erhebung von Registerdaten ist mit Kosten verbunden und die Finanzierung zu klären.

Im Rahmen des Workshops wurde auch darauf hingewiesen, dass die Pulmonalvenenisolation bei Vorhofflimmern in Österreich im internationalen Vergleich zu selten durchgeführt wird. Es sollte geprüft werden, ob nicht die Notwendigkeit besteht, mehr in die Ausbildung von Elektrophysiologen und in den Auf- bzw. Ausbau entsprechender Zentren zu investieren.

Alle waren sich einig, dass die eben begonnene, fachübergreifende Zusammenarbeit zur Erhöhung der „Awareness“ von Vorhofflimmern fortgesetzt werden soll.

Schlussfolgerungen und Ausblick

Im Rahmen der abschließenden Podiumsdiskussion wurden Vorschläge und Anregungen geäußert, die im Folgenden kurz zusammengefasst werden:

- Verstärkte Wissensvermittlung innerhalb der Ärzteschaft, vor allem der aktuellen Leitlinien. Forderung nach vermehrter Verordnung von Antikoagulantien.
- Steigerung der “health literacy”: es soll das Problembewusstsein in der Bevölkerung gefördert werden, um den bestehenden Zusammenhang zwischen Vorhofflimmern und Schlaganfall besser zu vermitteln, nach dem Motto “Sensibilisierung statt Angst”.
- Befürwortung eines interdisziplinären Therapieansatzes
- Notwendigkeit der Festlegung des therapieverantwortlichen Arztes
- Bei Indikation möglichst frühe Ablation, Erhöhung der Zahl spezialisierter Zentren
- Verstärkte Forschungsförderung
- Diskussion über die Einführung eines Registers
- Einstimmigkeit hinsichtlich Gründung einer **“Plattform Vorhofflimmern”** als Netzwerk zur Fortführung der interdisziplinären Diskussion, zum Aufzeigen von Problemfeldern, zur Formulierung von Umsetzungsvorschlägen.

Mitwirkende

Arrouas, MR Dr. Magalena

Bundesministerium für Gesundheit, stv. Leiterin der Sektion III

Domanovits, Univ.-Prof. Dr. Hans

Univ.-Klinik für Notfallmedizin Wien

Fertl, Prim. Univ.Prof. Dr. Elisabeth

Abteilungsvorstand Neurologie Krankenanstalt Rudolfstiftung

Fried, Mag. Andrea

Freie Journalistin, medinform

Gatterer, OA Dr. Edmund

Krankenanstalt Rudolfstiftung Wien, 2. Med. Abteilung

Glehr, Dr. Reinhold

Arzt für Allgemeinmedizin, Präsident ÖGAM (Österreichische Gesellschaft für Allgemeinmedizin)

Kaltenbrunner, OA Dr. Wilhelm

3. Medizinische Abteilung, Kardiologie und Interne Notaufnahme Wilhelminenspital Wien

Kyrle, Ao. Univ.-Prof. Dr. Paul A.

Klinik für Innere Medizin I AKH-Wien/Universitätskliniken

Lang, Prim. Univ.-Prof. Dr. Wilfried

Vorstand der Abteilung für Neurologie, neurologische Rehabilitation und Akutgeriatrie
KH der Barmherzigen Brüder Wien

Maurer, Univ.-Prof. Dr. Gerald

Leiter, Abteilung für Kardiologie; Vorstand, Klinik für Innere Medizin II der Med. Universität Wien

Podczeck-Schweighofer, Primaria Univ-Doz. Dr. Andrea

Kaiser Franz Josef-Spital Wien, Vorstand der 5. Medizinische Abteilung/ Kardiologie

Roithinger, Univ.-Doz. Dr. Franz Xaver

Vorstand der internen Abteilung des Thermenklinikums Mödling

Schulter, Helmut

Bundesgeschäftsführer des Österreichischen Herzverbandes

Stix, Prof. Dr. Günter

Universitätsklinik für Innere Medizin II Wien, Abteilung für Kardiologie

Titscher, Dr. Georg

Leiter des Psychokardiologie-Schwerpunkts der II. Med. Abteilung (Kard.) des Hanusch-KH Wien

Weidinger, Prim. Univ.-Prof. Dr. Franz

Leiter der 2. Med. Abteilung der KA Rudolfstiftung Wien, Präsident elect der Österreichischen Kardiologischen Gesellschaft

Teilnehmer

Abraham Dr.med. Rosy	GZD-SMZ-Ost
Aichinger OA Dr. Josef	A.ö. KH d. Elisabethinen Linz
Al-Taiee-Wagner Dr. Xenia	OWS
E. Ammer	Ammer Pharma Consulting
Baumgärtel Dr. Christoph	AGES PharmMed Abteilungsleiter der Abteilung für medizinische Bewertung
Brunner Prim. Dr. Walter	LKI Melk Interne Abt
Burkart-Küttner Dr. Dagmar	Hanusch-Krankenhaus 2. Med. Abteilung
Busch Dr. Kerstin	OWS
Dörflinger Dr. Reinhard	
Drexel Prof.	VIVIT-Institut
Eber Prim. Univ.-Prof. Dr. Bernd	Klinikum Wels - Grieskirchen GmbH Abteilung für Innere Medizin II
Eichinger Univ.-Prof. Dr. Sabine	Medizinische Universität Wien
Enners OÄ Renate	KH Korneuburg
Forche Prim.i.R.UD Dr. Günter	KH der Elisabethinen
Fousek Mag. Stephan	Redaktion Gesundheit.gv.at Leitender OA der Rhythmologie, 3. Med. Abteilung,
Frey Univ.-Prof. Dr. Bernhard	LKH St. Pölten Klinik für Innere Medizin II, Abt. für Kardiologie, MUW
Glanz Mag. Hubert	BMG
Glöckler Martin	Biosense Webster
Grebe Mag. Gunnar	Public Health & Key Institutional Manager sanofi-aventis GmbH Österreich
Greimel Mag. Dr. Alfred	sanofi-aventis GmbH Österreich

Gruska Prim. Dr. Michael	PENSIONSVERSICHERUNGSANSTALT SKA-RZ Hohegg für Herz-Kreislauf- und Atemwegserkrankungen Bereich Medizin
Hahn Dr. Helga	
Heinisch Dr. Edda	Landeskrankenhaus St. Pölten
Heiß Dr. Guntram	PENSIONSVERSICHERUNGSANSTALT SKA-RZ Saalfelden für Stütz-, Bewegungsapparat- und Herz-Kreislauferkrankungen Bereich Medizin
Hetschel Mag. Daniel	Johnson&Johnson Medical Products
Kountchev Dr. Jordan	Univ.-Klinik für Innere Medizin III/Kardiologie Innsbruck
Kraus Dr. Brigitte	BMG
Kurz Prim. Univ.-Doz. Dr. Robert	PENSIONSVERSICHERUNGSANSTALT Zentrum für ambulante Rehabilitation Wien für Herz-Kreislauf-, Atemwegs- und Stütz-, Bewegungsapparaterkrankungen
Langsenlehner Doz. Dr. Uwe	Steiermärkische Gebietskrankenkasse Leiter des Ambulatoriums für Interne Erkrankungen
Mamoli Univ.-Prof. Dr. Bruno	Österreichische Gesellschaft für Neurologie
Nanz Dr. Sylvia	Medical Director Pfizer Corporation Austria Gesellschaft m.b.H.
Ostermann Mag.pharm. Gabriele	sanofi-aventis GmbH, Österreich
Pabinger-Fasching Univ.-Prof. Dr. Ingrid	Medizinische Universität Wien/AKH
Plank Veronika	BMG
Pospischil OÄ Dr. Maria	1. Med. Abt. mit Intensivstation, Kaiserin Elisabeth Spital
Rymarz E.	Daiichi Sankyo Austria GmbH
Schindler Prim. Univ.-Doz. Dr. Ingrid	SMZ Floridsdorf Abtlg. f. Anästhesie und Intensivmedizin Arzt für Allgemeinmedizin

Shumshere RANA Dr. Hemanta	ÖÄK Diplom für Akupunktur
Siostrzonek Prim. Ao Prof. Dr. Peter	Abteilung Interne II – Kardiologie Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Linz
Stefenelli Univ.Prof. Dr. Thomas	1. Med. Abt. mit Intensivstation, Kaiserin Elisabeth Spital
Steiner Dr. Michaela	Zeitschrift "Clinicum" (Medizin Medien Verlag) Medizinjournalistin Redakteurin ORF Radio Ö1
Thomas Dr. Johannes	Ärztlicher Direktor, Vorstand Wertemanagement Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Wien Betriebsgesellschaft m.b.H.
Traindl Prim. Univ.-Doz. Dr. Otto	Landeskrankenhaus Wien 1. Medizinische Abteilung für Kardiologie und Nephrologie
Vana Dr. Georg	Boehringer Ingelheim RCV GmbH & Co KG
Wagner Wolfgang	Stv. Ressortleiter Chronik, APA Austria Presse Agentur
Wais Adam	
Waldhuber Helga	BMG
Watzke Univ.-Prof. Dr. Herbert	Medizinische Universität Wien
Weber Univ.-Prof. Dr. Heinrich	1.Med.Abteilung
Willeit Univ.-Prof. Dr. J.	Univ.-Klinik für Neurologie Innsbruck
Zirm Dr. Andrea	Facharzt für Innere Medizin
Zirm Prim. Dr. Bernd	LKH Bad Radkersburg, Abteilung für Innere Medizin

www.bmg.gv.at

