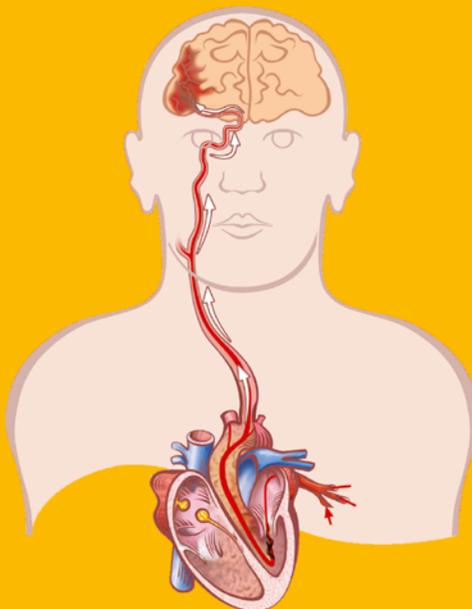


# Vorhofflimmern – „Herz aus dem Takt – Gehirn in Gefahr“

Information für Patientinnen und Patienten



**Dies ist eine Information für Patientinnen und Patienten.  
Sie ersetzt nicht die medizinische Beratung.**

## **Impressum**

### **Medieninhaber und Herausgeber:**

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz  
Stubenring 1, 1010 Wien

### **Verlags und Herstellungsort:**

Wien

### **Autoren**

Dr. Wilhelm Kaltenbrunner  
Univ.-Prof. Dr. Paul A. Kyrle  
Univ.-Prof. Dr. Wilfried Lang  
Univ.-Doz. Dr. Franz Xaver Roithinger  
Univ.-Prof. Dr. Franz Weidinger

### **Expertinnen & Experten:**

Siehe Anhang

### **Druck:**

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz

### **[www.sozialministerium.at](http://www.sozialministerium.at)**

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

Ausgabe September 2018

# Inhalt

Einleitung .....	5
Wie funktioniert das Herz?.....	6
Was ist Vorhofflimmern?.....	7
Wie bemerkt man Vorhofflimmern? .....	7
Warum ist das Schlaganfall-Risiko erhöht?.....	8
Wie hoch ist mein Schlaganfall-Risiko beim Bestehen eines Vorhofflimmerns? .....	9
Wie erkenne ich einen Schlaganfall? .....	10
Was ist zu tun? .....	10
Wie erkennt der Arzt das Vorhofflimmern? .....	11
Das Elektrokardiogramm (EKG).....	11
Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es? .....	13
Gerinnungshemmende Medikamente (Antikoagulanzen).....	13
Medikamente, die die Blutplättchen hemmen .....	14
Mechanische Therapie.....	14
Die Rhythmustherapie .....	14
Die Frequenztherapie .....	14
Das springende Herz.....	15
Anhang .....	16
Plattform Vorhofflimmern .....	16
Weitere Informationen .....	17
KooperationspartnerInnen .....	18

# Vorwort

## Sehr geehrte Damen und Herren!

Unser Herz schlägt mehr als 100.000 Mal pro Tag, aber nicht immer bleibt das Herz im Takt. Vorhofflimmern zählt zu den häufigsten Herzrhythmusstörungen und ist einer der größten Risikofaktoren für Schlaganfälle. In Österreich sind Schätzungen zufolge etwa 250.000 Personen von der Diagnose Vorhofflimmern betroffen. Das Risiko steigt mit dem Alter, bei den über 70-Jährigen leidet bereits jeder Zehnte an Vorhofflimmern.

Viele Betroffene bemerken nichts von ihrer Erkrankung. Vorhofflimmern verursacht keine Schmerzen und bleibt daher oft lange unbehandelt, damit steigt aber das Risiko von Komplikationen und Folgeerkrankungen massiv. Fast jeder dritte Schlaganfall in Österreich ist auf Vorhofflimmern zurückzuführen.



© Johannes Zinner

Als Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz ist es mir daher ein besonderes Anliegen, alle Österreicherinnen und Österreicher mit Hilfe der vorliegenden Broschüre dafür zu sensibilisieren, wie wichtig Prävention und Früherkennung bei dieser gefährlichen Herzrhythmusstörung ist. Nutzen Sie diese Information, nehmen Sie mögliche Symptome ernst und suchen Sie das Gespräch mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt.

### **Mag.<sup>a</sup> Beate Hartinger-Klein**

Bundesministerin für Arbeit, Soziales,  
Gesundheit und Konsumentenschutz

# Einleitung

Diese Broschüre soll Sie über einige wichtige Aspekte der häufigsten Herzrhythmusstörung, des „Vorhofflimmerns“, aufklären.

Es geht hauptsächlich darum, Ihnen jene Fakten näherzubringen, die zum Erkennen und in weiterer Folge Abklären und Behandeln dieser Herzrhythmusstörung wesentlich sind.

Keinesfalls soll diese Broschüre als Anleitung zum richtigen Handeln bei der Diagnose Vorhofflimmern verstanden werden. Dazu ist in jedem Fall das Gespräch mit Ihrem/Ihrer behandelnden Arzt/Ärztin notwendig. Nur durch das persönliche Gespräch kann über die für Sie richtige individuelle Vorgehensweise entschieden werden.

Dennoch hoffen wir, mit dieser Broschüre einen Beitrag zur besseren Aufklärung über ein weit verbreitetes Problem zu leisten, das mit dem Alter zunimmt und daher immer mehr Menschen betrifft.

Nur durch Aufklärung und IHR rechtzeitiges Aufsuchen eines Arztes/einer Ärztin bei Verdacht auf Vorhofflimmern kann es gelingen, die möglichen Folgen und Komplikationen, allen voran den Schlaganfall, zu verhindern.

# Wie funktioniert das Herz?

Das Herz ist ein Muskel etwa in der Größe einer Faust, der sich etwa 60 – 100 Mal pro Minute kräftig zusammenzieht und so das Blut aus den vier Hohlkammern in den gesamten Körper pumpt und sicherstellt, dass alle Organe mit Sauerstoff und Nährstoffen versorgt werden.

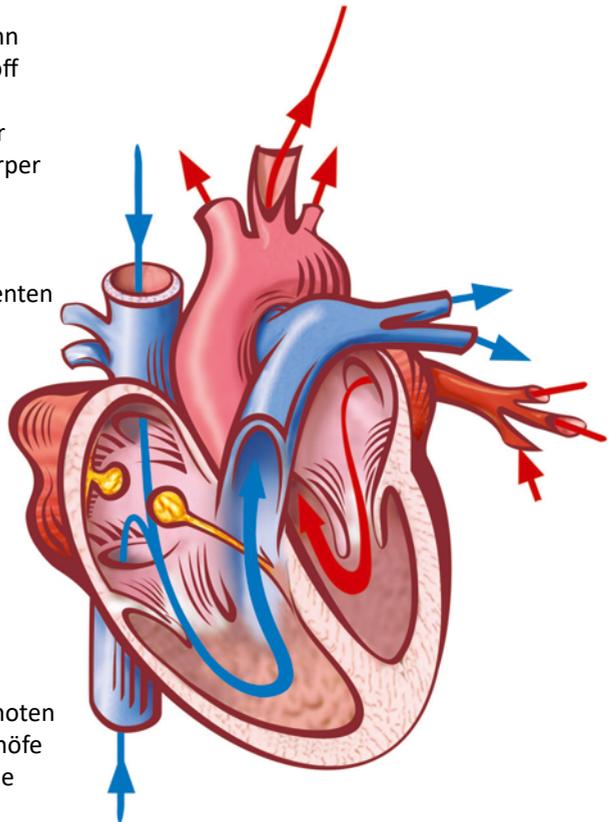
Das sauerstoffarme (venöse) Blut strömt vom Körper in den rechten Vorhof und in die rechte Kammer, wird dann in die Lunge gepumpt, mit Sauerstoff angereichert und strömt über den linken Vorhof und die linke Kammer sauerstoffreich (arteriell) in den Körper zurück.

Die Funktion des Herzens ist dann regelrecht, wenn alle vier Komponenten optimal funktionieren:

Der Herzmuskel pumpt regelrecht, die Herzklappen (Ventile) öffnen und schließen gut, die Herzkranzgefäße sind offen und stellen die Energieversorgung des Herzens sicher und der Herzrhythmus ist im Takt.

Der Taktgeber des Herzens ist der Sinusknoten. Der Impuls im Sinusknoten führt zuerst dazu, dass sich die Vorhöfe zusammenziehen und das Blut in die Kammern pumpen.

Die elektrische Erregung wird dann über den AV-Knoten in die Kammern übergeleitet. Damit bekommen die Kammern das Kommando, sich zusammenzuziehen und das Blut, das von den Vorhöfen einströmt, in die Lunge beziehungsweise in den Körper zu pumpen.



## Was ist Vorhofflimmern?

Vorhofflimmern ist die häufigste Herzrhythmusstörung weltweit. Es handelt sich um eine elektrische Störung der Vorhöfe des Herzens, die den Sinusknoten, den Impulsgeber, außer Kraft setzt.

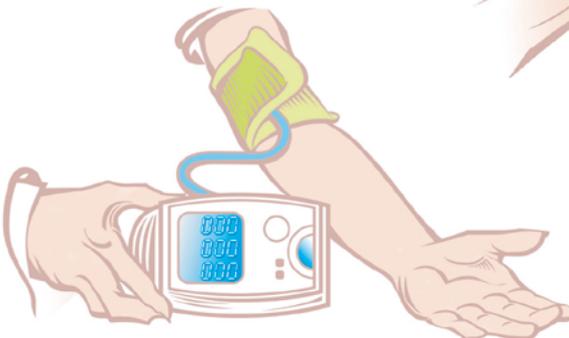
Das elektrische Chaos im Vorhof führt dazu, dass sich die Vorkammern nicht mehr ordentlich zusammenziehen. Dies bewirkt eine Verlangsamung des Blutstroms. Dadurch kann es im linken Vorhof zur Ausbildung von Blutgerinnseln kommen.

Andererseits führt das elektrische Chaos in den Vorkammern zu einem unregelmäßigen Puls, der vor allem bei Belastung ungewöhnlich hoch ansteigt.

## Wie bemerkt man Vorhofflimmern?

Durch den unregelmäßigen, meist zu schnellen Puls arbeitet das Herz unökonomisch (Fahren auf der Autobahn mit dem dritten Gang). Die Beschwerden beim Vorhofflimmern sind sehr unterschiedlich und reichen von der völligen Beschwerdefreiheit (zufällig entdeckt bei einer Gesundenuntersuchung) bis zur schweren Beeinträchtigung des täglichen Lebens.

Typische Symptome wären ein unregelmäßiger Herzschlag, Herzstolpern oder -rasen, eine innere Unruhe oder Angst, eine eingeschränkte Belastbarkeit wegen Atemnot oder Brustschmerzen.



Wenn das Vorhofflimmern dauernd besteht, gewöhnen sich die meisten Menschen daran und können nach einigen Monaten ohne Blutdruckmesser gar nicht mehr sagen, ob der Puls regelmäßig oder unregelmäßig ist. Menschen, bei denen der regelmäßige Puls von Vorhofflimmer-Episoden unterbrochen ist, haben dagegen meist deutliche Beschwerden und sind in ihrer Lebensqualität beeinträchtigt.

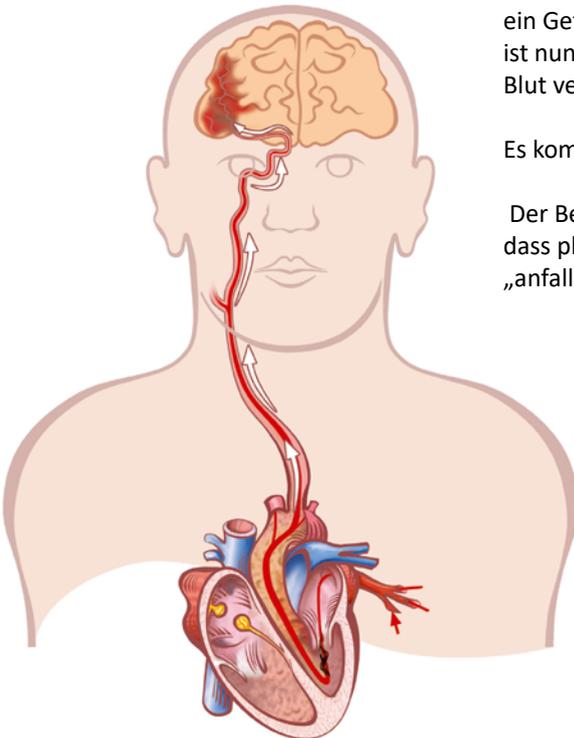
## Warum ist das Schlaganfall-Risiko erhöht?

Durch die Verlangsamung des Blutstroms beim Vorhofflimmern besteht das Risiko, dass sich ein Gerinnsel im linken Vorhof bildet. Irgendwann wird das Gerinnsel vom Blutstrom mitgerissen, verlässt das Herz und gelangt in die Hauptschlagader.

Da die ersten Gefäßabzweigungen aus der Hauptschlagader in das Gehirn führen, ist leicht verständlich, dass die aus dem Herz ausgespülten Blutgerinnsel meist in das Gehirn gelangen und dort ein Gefäß verstopfen. Ein Teil des Gehirns ist nun nicht oder nicht ausreichend mit Blut versorgt und droht abzusterben.

Es kommt zum Schlaganfall.

Der Begriff „Schlaganfall“ beschreibt, dass plötzlich, „schlag“-artig bzw. „anfalls“-artig etwas geschieht.



# Wie hoch ist mein Schlaganfall-Risiko beim Bestehen eines Vorhofflimmerns?

Personen mit Vorhofflimmern haben im Durchschnitt ein 5-fach erhöhtes Schlaganfall-Risiko im Vergleich zu Personen ohne Vorhofflimmern.

Das Risiko steigt mit zunehmendem Lebensalter und beim Vorhandensein von Krankheiten wie Diabetes mellitus („Zuckerkrankheit“), Hypertonie („Bluthochdruck“) sowie Herzinsuffizienz („Pumpschwäche des Herzens“) an.

Besonders hoch ist das bei Vorhofflimmern bestehende Schlaganfall-Risiko dann, wenn bereits ein Schlaganfall als Folge des Vorhofflimmerns stattgefunden hat. Aus diesen Angaben kann das jährliche Risiko für einen Schlaganfall errechnet werden. Das Risiko wird in % angegeben.

Ein Risiko von 4% bedeutet, dass 4 von 100 Menschen im nächsten Jahr einen Schlaganfall erleiden werden. In den folgenden Jahren bleibt das Risiko

weiter bestehen. Je nach Risikoprofil liegt beim Vorhofflimmern das jährliche Schlaganfall-Risiko zwischen 1% und 24%.

Der Arzt oder die Ärztin Ihres Vertrauens kann Ihr individuelles jährliches Schlaganfall-Risiko bestimmen. Wichtig ist, dass das Risiko beim Bestehen eines Vorhofflimmerns einen Schlaganfall zu erleiden, in gleicher Weise beim anhaltenden („permanenten“) Vorhofflimmern wie beim zeitweise vorhandenen („paroxysmalen“) Vorhofflimmern besteht.

Es ist auch wichtig zu wissen, dass die durch Vorhofflimmern ausgelösten Schlaganfälle nicht nur häufig, sondern auch besonders schwerwiegend sind.

# Wie erkenne ich einen Schlaganfall?

Die vier wichtigsten Zeichen für einen Schlaganfall sind:

## 1) Halbseitige Schwäche

Es kann die gesamte Körperhälfte oder Teile derselben (Gesicht, Arm, Bein) betroffen sein. Die Schwäche kann gering oder stark ausgeprägt sein. Im schlimmsten Fall kann die betroffene Körperhälfte nicht mehr bewegt werden.

## 2) Sprachstörungen

Sprachverständnis und/oder Sprachbildung sind beeinträchtigt oder vollständig ausgefallen. Sprachliche Anweisungen werden dann nicht mehr befolgt. Die vom Betroffenen gebildeten Worte sind kaum oder nicht verständlich.

## 3) Sehstörungen

Die Sehwahrnehmung mit einem Auge oder nach einer Seite fällt aus. Es wird dunkel.

## 4) Halbseitige Gefühlsstörung

Taubheitsgefühl in einem mehr oder weniger ausgebreiteten Bereich einer Körperhälfte.

Typisch ist das plötzliche, „schlagartige“ Auftreten eines oder mehrerer Zeichen.

# Was ist zu tun?

Der Schlaganfall ereignet sich plötzlich, „aus heiterem Himmel“. In der Regel bestehen keine Schmerzen, weshalb die Bedrohlichkeit oft nicht erkannt wird.

Es muss schnell gehandelt und sofort die Rettung (144) verständigt werden. Je rascher die betroffene Person an einer Schlaganfall-Einheit („Stroke Unit“) behandelt wird, umso größer sind die Chancen, den Schlaganfall ohne bleibende Behinderung zu überleben:

Innerhalb der ersten 4 ½ Stunden nach Schlaganfall-Beginn können Medikamente eingesetzt werden, die das Blutgerinnsel und damit den Gefäßverschluss auflösen. Je früher diese Medikamente zum Einsatz kommen, umso größer ist die Chance auf eine vollständige Heilung.



Folgende Informationen sind für die Akutbehandlung wichtig und sollten dem Rettungsdienst mitgegeben werden:

- 1) Ereignisbeginn
- 2) Liste der laufend eingenommenen Medikamente
- 3) Frühere Arztbriefe etc.
- 4) Telefonische Erreichbarkeit einer Auskunftsperson (damit das Personal im Krankenhaus weitere Fragen stellen kann)

## Wie erkennt die Ärztin/der Arzt das Vorhofflimmern?

### Das Elektrokardiogramm (EKG)

Wenn bei Ihnen im Rahmen einer EKG-Registrierung Vorhofflimmern festgestellt wird, ist Ihr Vorhofflimmern damit dokumentiert und von einem Arzt in der Regel ganz leicht als Blickdiagnose erkennbar. Dann können

die für Sie besten weiteren Diagnose- und Behandlungsschritte ohne Verzug mit Ihnen besprochen und eingeleitet werden.

Oft tritt das Vorhofflimmern allerdings in mehr oder weniger lang anhaltenden Episoden auf und dazwischen besteht der normale und gewünschte Sinusrhythmus ganz von selbst – diese häufige Form des immer wiederkehrenden Vorhofflimmerns wird „**paroxysmal**“ genannt.

Somit schließt ein Normalbefund Ihres Standard- oder auch Langzeit-EKGs nicht aus, dass bei Ihnen dennoch behandlungsbedürftige Episoden von Vorhofflimmern auftreten. Das bedeutet, dass auch Sie mithelfen müssen, damit Ihr Vorhofflimmern dokumentiert und ärztlich bestätigt werden kann.

Die absolut notwendige und wirksame Behandlung bei Vorhofflimmern darf nämlich erst eingeleitet werden, wenn ein EKG-Dokument Ihres Vorhofflimmerns vorliegt.

Wie kann ich als Patient/in mithelfen, dass mein möglicherweise vorliegendes Vorhofflimmern möglichst rasch EKG-dokumentiert und damit erkannt und für mich maßgeschneidert behandelt werden kann?

- 1) Versuchen Sie Ihre Beschwerden entspannt und genau vorzutragen. Das erhöht die Chance, dass Ihr/e Arzt/Ärztin an ein mögliches Vorhofflimmern als Ursache Ihrer Beschwerden denkt.
- 2) Wenn Sie selber den Eindruck haben, dass Ihre Beschwerden von einem aus dem Takt gekommenen Herzschlag herrühren, teilen Sie das Ihrem/Ihrer Arzt/Ärztin einfach mit.
- 3) Gelingt es bei Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin bzw. Spitalsbesuch nicht, Vorhofflimmern aufzuzeichnen, ist dies unter Umständen mit einem

Anfallsrekorder („Eventrecorder“) möglich. Ihr Arzt/Ihre Ärztin stellt Ihnen das Gerät zur Verfügung oder gibt Ihnen eine Überweisung.

- 4) Wenn bereits der Verdacht besteht, dass Ihren Beschwerden Vorhofflimmern zugrunde liegen könnte, versuchen Sie bitte nach Auftreten der Symptome rasch eine EKG-Aufzeichnung zu veranlassen (Ordination, Krankenkassenambulatorium oder rund um die Uhr – Spitalsnotaufnahme).

Auf keinen Fall sollten Sie länger als 24 Stunden warten, bis Sie sich zu einer EKG-Registrierung auf den Weg machen! Naturgemäß kann es passieren, dass am Weg zur nächstmöglichen EKG-Registrierung von selbst wieder der normale Herzschlag (Sinusrhythmus) anspringt. Das soll Sie keineswegs „enttäuschen“ oder daran hindern, bei der nächsten Episode erneut eine EKG-Registrierung möglichst schnell anzustreben.



## Das Wichtigste zuletzt

**Falls Ihr Vorhofflimmern als EKG-Dokument vorliegt, dann lassen Sie sich unbedingt eine Kopie zu Ihrer eigenen Verwendung aushändigen.**

## Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es?

### Gerinnungshemmende Medikamente (Antikoagulanzen)

Die Vitamin K-Antagonisten (in Österreich sind Marcoumar<sup>®</sup> und Sintrom<sup>®</sup> zugelassen) senken das Schlaganfallrisiko um ca. 60 % und die durch embolische Schlaganfälle verursachte Sterblichkeit um ca. 20%. Ernährungsgewohnheiten, die Einnahme anderer Medikamente und die von Patient zu Patient unterschiedliche Verstoffwechslung der Vitamin K-Antagonisten beeinflussen die individuelle Dosierung und erfordern eine regelmäßige Laborkontrolle der Blutgerinnung.

Die Vitamin K-Antagonisten müssen aufgrund ihres langsamen Wirkungsverlusts ca. eine Woche vor

chirurgischen Eingriffen abgesetzt werden und in vielen Fällen ist eine überbrückende Therapie mit Heparin erforderlich. Falls die Wirkung sofort aufgehoben werden muss, können Gerinnungsfaktoren oder Frischplasma verabreicht werden.

Seit kurzem stehen neue orale Blutverdünner zur Verfügung (derzeit sind dies Eliquis<sup>®</sup>, Pradaxa<sup>®</sup>, Xarelto<sup>®</sup>), die im Vergleich zu den Vitamin K-Antagonisten einige Vorteile aufweisen. Bei mindestens gleicher Wirksamkeit ist das Risiko für schwere Blutungen, vor allem im Schädel, geringer. Eine Wechselwirkung mit Ernährungsgewohnheiten und den gängigen Medikamenten besteht nicht und regelmäßige Gerinnungskontrollen im Labor sind nicht erforderlich.

Allerdings verändern diese neuen Substanzen die meisten Blutgerinnungsanalysen im Labor. Vor einem chirurgischen Eingriff müssen die neuen oralen Antikoagulanzen nur wenige Tage, wenn überhaupt, abgesetzt werden. Eine Überbrückungstherapie mit Heparin ist meist nicht erforderlich.

Bei eingeschränkter Nierenfunktion dürfen die neuen oralen Antikoagulanzen gar nicht oder nur in reduzierter Dosis verabreicht werden. Ein Medikament, das die Wirkung der neuen Substanzen sofort aufhebt (Antidot), steht derzeit nicht zur Verfügung.

## Medikamente, die die Blutplättchen hemmen

Azetylsalicylsäure (Aspirin®) alleine oder in Kombination mit Clopidogrel (Plavix®) senkt das Schlaganfallrisiko nur zu einem geringen Ausmaß und sollte nur dann angewendet werden, wenn eine Gegenanzeige gegen die orale Antikoagulationstherapie vorliegt oder diese vom Patienten/von der Patientin abgelehnt wird.

## Mechanische Therapie

Es gibt Patienten, bei denen eine gerinnungshemmende Therapie nicht durchführbar ist, weil sie ein erhöhtes Risiko für Blutungen haben. In diesen Fällen ist der mittels einer Herzkatheter-Behandlung durchführbare Verschluss des linken Herzohres eine denkbare Alternative.

## Die Rhythmustherapie

Die Behandlung, durch die das Vorhofflimmern beendet und normaler Sinusrhythmus wiederhergestellt wird, nennt man Cardioversion. Die Cardioversion kann entweder durch Medikamente oder durch einen elektrischen Schock, der in tiefer Analgosedierung, also unter kurzer

Ausschaltung von Bewusstsein und Schmerzempfinden, verabreicht wird, erfolgen.

Um das häufige Wiederauftreten von Vorhofflimmern zu vermeiden bzw. den Sinusrhythmus nach gelungener Kardioversion aufrecht zu erhalten, wird Ihnen Ihr Arzt/Ihre Ärztin die Behandlung mit bestimmten Medikamenten empfehlen.

Wenn diese Medikamente nicht helfen oder unerwünschte Wirkungen auftreten, kann eine Herzkatheter-Behandlung (Ablation des Vorhofflimmerns) erwogen werden.

Die begleitende orale Antikoagulation ist auch bei erfolgreicher *Rhythmustherapie* in den meisten Fällen unverzichtbar, weil die Möglichkeit besteht, dass dennoch Episoden von Vorhofflimmern auftreten, die Sie nicht wahrnehmen.

## Die Frequenztherapie

Wenn es bei Ihnen sinnvoll erscheint, das Vorhofflimmern zu belassen, muss oft eine Behandlung mit Medikamenten erfolgen, die die Neigung zum schnellen Herzschlag verringert.

Wenn diese Medikamente nicht helfen oder unerwünschte Wirkungen auftreten, kann die Implantation eines Herzschrittmachers mit nachfolgender

Herzkatheter-Behandlung helfen, durch die die elektrische Verbindung zwischen Vor- und Hauptkammern des Herzens unterbrochen wird.

Für diesen Eingriff ist keine Narkose erforderlich. Er kann in Lokalanästhesie, also örtlicher Betäubung, weitestgehend schmerzfrei durchgeführt werden.

Die Vorgangsweise, das Vorhofflimmern zu belassen und „nur“ die Geschwindigkeit des Herzschlages zu regeln, heißt *Frequenztherapie*. Die begleitende orale Antikoagulation ist bei dieser Vorgangsweise in den meisten Fällen unverzichtbar.

## Das springende Herz

Bei manchen Patientinnen und Patienten produziert das Vorhofflimmern einen unregelmäßig rasenden Herzschlag und nach spontaner Beendigung oder

nach Beendigung durch ärztliche Kardioversion lässt das Einsetzen des Sinusrhythmus zu lange auf sich warten.

Diese Form des Vorhofflimmerns heißt BRADYKARDIE-TACHYKARDIE-SYNDROM. Zu schneller und zu langsamer Herzschlag wechseln einander sprunghaft ab.

In solchen Fällen kann nach Implantation eines Herzschrittmachers eine Rhythmustherapie begonnen werden.

Auch bei dieser Vorgangsweise ist die begleitende orale Antikoagulation unverzichtbar.

Möglicherweise kann sie unter Beratung Ihres Arztes/Ihrer Ärztin einmal ausgesetzt werden, wenn der implantierte Schrittmacher, der ja den Herzschlag ununterbrochen registriert und speichert, über Monate keine Episoden von Vorhofflimmern mehr wahrgenommen hat.

# Anhang

## Plattform Vorhofflimmern

**Domanovits, Univ.-Prof. Dr. Hans**  
Univ.-Klinik für Notfallmedizin Wien

**Fertl, Univ.-Prof. Dr. Elisabeth**  
Abteilung für Neurologie der  
Krankenanstalt Rudolfstiftung Wien

**Gatterer, OA Dr. Edmund**  
2. Med. Abteilung der Krankenanstalt  
Rudolfstiftung Wien

**Glehr, Dr. Reinhold**  
Präsident der Österreichischen  
Gesellschaft für Allgemeinmedizin

**Halbmayer, OA Univ.-Doz. Dr.  
Walter-Michael**  
Institut für Labormedizin des  
Krankenhauses Hietzing

**Kaltenbrunner, OA Dr. Wilhelm**  
3. Medizinische Abteilung ,  
Kardiologie und interne Notaufnahme,  
Wilhelminenspital Wien

**Kozek-Langenecker, Prim. Univ.-Prof.  
Dr. Sibylle**

Abteilung für Anästhesie und  
Intensivmedizin, Evangelisches  
Krankenhaus Wien, Präsidentin der  
Österreichischen Gesellschaft für  
Anästhesiologie, Reanimation und  
Intensivmedizin (ÖGARI)

**Kyrle, Univ.-Prof. Dr. Paul A.**  
Univ.- Klinik für Innere Medizin Wien

**Lang, Prim. Univ.-Prof. Dr. Wilfried**  
Abteilung für Neurologie, neurolog.  
Rehabilitation und Akutgeriatrie,  
Krankenhaus der Barmherzigen  
Brüder Wien

**Maurer, Univ.-Prof. Dr. Gerald**  
Abteilung für Kardiologie, Klinik  
für Innere Medizin II Medizinische  
Universität Wien

**Pabinger, Univ.-Prof. Dr. Ingrid**  
Klinische Abteilung für Hämatologie  
und Hämostaseologie, Klinik für Innere  
Medizin I, Medizinische Universität Wien

**Podczeck-Schweighofer, Prim. Univ.-Doz.**

**Dr. Andrea**

5. Medizinische Abteilung , Kardiologie  
des Kaiser-Franz-Josef-Spitals Wien

**Roithinger, Prim. Univ.-Doz. Dr.**

**Franz Xaver**

Interne Abteilung des Thermenklinikums  
Mödling

**Schulter, Helmut**

Bundesgeschäftsführer des  
Österreichischen Herzverbandes

**Stix, Univ.-Prof. Dr. Günter**

Abteilung für Kardiologie, Klinik  
für Innere Medizin II Medizinische  
Universität Wien

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

2. Med. Abteilung der Krankenanstalt  
Rudolfstiftung Wien, Präsident der  
Österreichischen Kardiologischen  
Gesellschaft

## Weitere Informationen

Deutsches Kompetenznetz-  
Vorhofflimmern (AFNET)

[www.kompetenznetz-vorhofflimmern.de](http://www.kompetenznetz-vorhofflimmern.de)

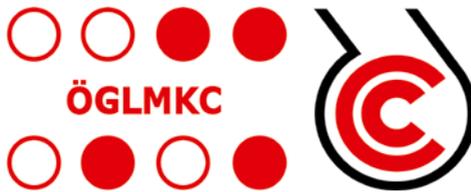
„Stop Atrial Fibrillation“

[www.stopafib.org](http://www.stopafib.org)

# KooperationspartnerInnen



Österreichische  
Schlaganfall-Gesellschaft





**GESUNDHEIT.GV.AT**

Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs

**[www.sozialministerium.at](http://www.sozialministerium.at)**

Die vorliegende Broschüre ist eine Information für alle Patientinnen und Patienten über Risiken und Behandlungsmöglichkeiten von Vorhofflimmern.

Diese ersetzt nicht die ärztliche Beratung.