Journal für
Kardiologie
Austrian Journal of Cardiology
Österreichische Zeitschrift für Herz-Kreislauferkrankungen

Editorial-Serie: Die neuen Guidelines der ESC: Vorhofflimmern – Fokus auf individualisierte Therapie und Rhythmuskontrolle

Stix L, Scherr D

Journal für Kardiologie - Austrian Journal of Cardiology 2026; 33 (9-10), 173-174

Homepage:
www.kup.at/kardiologie
Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

ÖKG Österreichische Kardiologische Gesellschaft
Offizielles Partnerjournal der ÖKG

EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY®
Member of the ESC-Editor's Club

Offizielles Organ des Österreichischen Herzfonds

ACVC Association for Acute CardioVascular Care
In Kooperation mit der ACVC

Indexed in ESCI part of Web of Science

Indexed in EMBASE

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz
P.b.b. 02Z031105M, Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21 Preis: EUR 10,–

16. LANDSTEINER TAGUNG

SCIENCE UPDATE: HERZ, HIRN UND GEFÄSSE

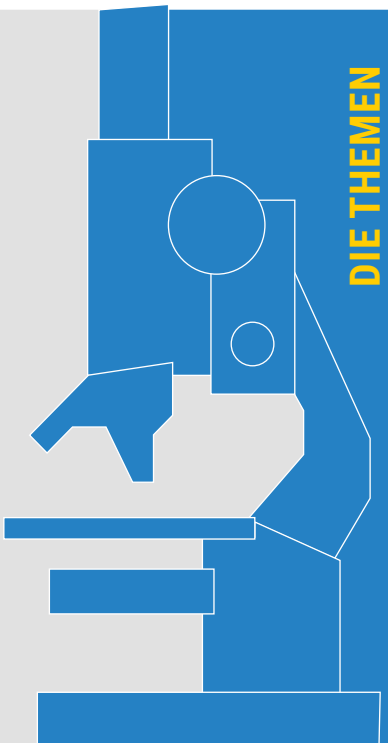
Sa, 7. Nov. 2026
ab 8:30 bis 13 Uhr

Klinik Floridsdorf,
Brünner Straße 68, 1210 Wien

ANMELDEN

Anmeldung & Information:
www.karl-landsteiner.at
events@karl-landsteiner.at

Die Teilnahme ist kostenlos.



DIE THEMEN

- Neue Methoden in der pAVK Therapie
  Thomas Rand
- Der Roboter in der Herzchirurgie
  Bernhard Winkler
- Der totalimplantierbare Herzschrittmacher
  Thomas Aschacher
- Interventionelle Septotomie
  Hubert Trnka
- Chronisches Koronarsyndrom: Revaskularisation vs konservative Therapie. Was ist prognoserelevant?
  Georg Delle-Karth
- Neues in der Sekundärprophylaxe des ischämischen Schlaganfalls
  Peter Lackner
- Vorhofflimmern 2026: Frühe Rythmuskontrolle und Antikoagulation. Was ist neu?
  Ekaterini Skyllouriotis
- Herzklappenersatz bei jungen Patientinnen und Patienten
  Dominik Wiedemann

DFP Die Veranstaltung ist mit 5 DFP-Punkten der ÖÄK approbiert (ID 1061761).

In Kooperation mit: Wiener Gesundheitsverbund | Für die Stadt Wien

Mit freundlicher Unterstützung durch: MSD INVENTING FOR LIFE

ABBOTT

HeartMate 3™ LVAD

Die LVAD-Therapie ist für ausgewählte Patient:innen mit fortgeschrittener Herzinsuffizienz in den **ESC-Leitlinien 2026 nun eine Klasse I Empfehlung.**

Abbott Medical Austria GmbH | Perfektastrasse 84A | 1230 Wien | www.cardiovascular.abbott

Kurze Zusammenfassung: Bitte beachten Sie vor der Anwendung dieser Produkte die vollständige Aufzählung der Indikationen, Kontraindikationen, Warnhinweise, Vorsichtsmaßnahmen, potenziellen Komplikationen und Anwendungsvorschriften in der Gebrauchsanweisung.
© 2026 Abbott. Alle Rechte vorbehalten. | ™ Bezeichnet eine Marke der Abbott Unternehmensgruppe. | MAT-2680469 v1.0 | Dieses Dokument ist nur zur Verwendung in Österreich zugelassen.

For personal use only. Not to be reproduced without permission of Krause & Pachernegg GmbH.

Die neuen Guidelines der ESC

Vorhofflimmern – Fokus auf individualisierte Therapie und Rhythmuskontrolle

L. Stix, D. Scherr

Medizinische Universität Graz, Abteilung für Kardiologie

Einleitung

Vorhofflimmern stellt die häufigste persistierende Herzrhythmusstörung dar und ist mit erheblichen individuellen, gesundheitssystemischen und gesellschaftlichen Konsequenzen verbunden. Die 2024 aktualisierten Leitlinien der Europäischen Kardiologischen Gesellschaft (ESC) setzen einen klaren Schwerpunkt auf eine personalisierte Therapie, eine frühzeitige Rhythmuskontrolle sowie ein strukturiertes, multidisziplinäres Management. Der folgende Beitrag gibt einen kompakten Überblick über die zentralen Neuerungen [1].

Hintergrund und klinische Relevanz

Vorhofflimmern ist eine Erkrankung mit stetig steigender Prävalenz, insbesondere im höheren Lebensalter. Epidemiologische Daten zeigen, dass etwa jede dritte Person im Laufe ihres Lebens daran erkrankt [2]. Die klinische Symptomatik reicht von Palpitationen und reduzierter körperlicher Belastbarkeit bis hin zu Angstzuständen. Dies spiegelt jedoch nur einen kleinen Teil der Krankheitslast wieder. Vorhofflimmern ist zudem eng mit schwerwiegenden Folgeerkrankungen wie ischämischem Schlaganfall, kognitiver Beeinträchtigung, Herzinsuffizienz sowie einer deutlich eingeschränkten Lebensqualität assoziiert [3, 4].

Die Auswirkungen beschränken sich dabei nicht auf die betroffenen Patientinnen und Patienten selbst, sondern führen auch zu einer erheblichen Belastung des Gesundheitssystems durch steigende Kosten sowie zu einer Beanspruchung des sozialen Umfelds, insbesondere von Angehörigen. Vor diesem Hintergrund wurden die ESC-Leitlinien zur Diagnostik und Therapie des Vorhofflimmerns im Jahr 2024 grundlegend überarbeitet. Zentrale Elemente sind eine konsequent individualisierte Behandlungsstrategie, die stärkere Gewichtung der Rhythmuskontrolle sowie die systematische Berücksichtigung von Komorbiditäten und kardiovaskulären Risikofaktoren. Ein weiterer Fokus liegt auf der strukturierten Patientenaufklärung und der gemeinsamen Entscheidungsfindung, unterstützt durch interdisziplinäre Versorgungskonzepte, Telemedizin und EKG-fähige Wearables [1].

Diagnostik und grundlegende Therapieprinzipien

Die Diagnose des Vorhofflimmerns erfolgt mittels 12-Kanal-EKG oder eines mindestens 30-sekündigen Rhythmusstreifens, der ärztlich verifiziert werden muss. Neben der Erfassung der Symptomatik und des Vorhofflimmermusters kommt der strukturierten Anamnese eine zentrale Bedeutung zu. Zudem ist eine sorgfältige Erhebung von Begleiterkrankungen erforderlich, einschließlich der Risikostratifizierung mittels CHA_2DS_2-VA-Score.

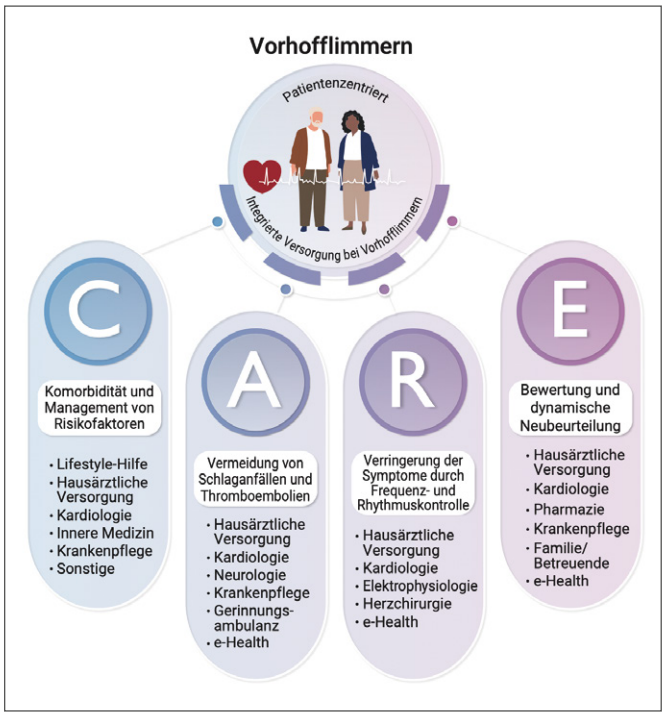


Abbildung 1: Der AF-CARE Ansatz der ESC-Pocketguidelines-Version 2024 der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (Nachdruck mit freundlicher Genehmigung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie aus [5])

Die therapeutische Strategie folgt dem neu etablierten AF-CARE-Konzept, das als strukturierter Handlungsrahmen für das Management des Vorhofflimmerns dient (Abb. 1).

C – Management von Komorbiditäten und kardiovaskulären Risikofaktoren

Ziel hierbei ist es, das Auftreten von Vorhofflimmern zu verhindern, dessen Progression zu verlangsamen und Folgekomplikationen zu minimieren. Besonders hervorgehoben werden die Behandlung von arterieller Hypertonie, Herzinsuffizienz, Übergewicht bzw. Adipositas, Diabetes mellitus sowie die Reduktion von Alkoholkonsum und die Förderung körperlicher Aktivität. Diese Maßnahmen besitzen eine Klasse-I-Empfehlung.

A – Prävention von Schlaganfällen und Thromboembolien

Eine orale Antikoagulation (OAK) wird bei einem CHA_2DS_2-VA-Score ≥ 2 mit Klasse I empfohlen; bei einem Score von 1

besteht eine Klasse-IIa-Empfehlung. Der neue Score ersetzt den bisherigen CHA_2DS_2-VASc-Score, wobei das biologische Geschlecht nicht mehr berücksichtigt wird. Blutungsscores sollen nicht routinemäßig zur Therapieentscheidung herangezogen werden, wenngleich die individuelle Einschätzung des Blutungsrisikos weiterhin essenziell bleibt.

Direkte orale Antikoagulanzien werden – mit Ausnahme von Patientinnen und Patienten mit mechanischem Klappenersatz oder relevanter Mitralstenose – bevorzugt eingesetzt. Bei Patientinnen und Patienten mit kardialer Amyloidose oder hypertropher Kardiomyopathie ist eine OAK bei bestehendem Vorhofflimmern grundsätzlich indiziert. Neu ist zudem die Empfehlung, bei herzchirurgischen Eingriffen routinemäßig einen Verschluss bzw. eine Entfernung des linken Vorhofohrs vorzunehmen. Eine Kombination aus OAK und Plättchenhemmung sollte vermieden werden und ist nur in klar definierten Situationen gerechtfertigt.

R – Symptomkontrolle durch Frequenz- und Rhythmusstrategie

Bei hämodynamisch stabilen Patientinnen und Patienten wird ein schrittweises Vorgehen gemäß AF-CARE-Schema empfohlen. Gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten sollen die jeweiligen Vor- und Nachteile einer Frequenz- im Vergleich zur Rhythmuskontrolle ausführlich erörtert werden. Unter sorgfältiger Berücksichtigung der individuellen Symptomatik, der bestehenden Komorbiditäten sowie der persönlichen Präferenzen ist darauf aufbauend eine realistisch umsetzbare und patientenzentrierte Therapiestrategie zu entwickeln.

- Frequenzkontrolle: Die Frequenzkontrolle erfolgt primär mittels Betablocker, Digitoxin oder Nicht-Dihydropyridin-Kalziumantagonisten unter Berücksichtigung der linksventrikulären Funktion.
- Rhythmuskontrolle: Die Rhythmuskontrolle kann medikamentös oder elektrisch durchgeführt werden. Bei einer Vorhofflimmerdauer unter 24 Stunden ist eine Kardioversion ohne vorherige Antikoagulation und ohne transösophageale Echokardiographie möglich; andernfalls ist ein Thrombusausschluss erforderlich. Bei hämodynamischer Instabilität ist die elektrische Kardioversion zu bevorzugen.
- Katheterablation: Die Katheterablation erhält in den Leitlinien 2024 erstmals eine Klasse-I-Empfehlung als First-Line-Therapie bei symptomatischem paroxysmalem Vorhofflimmern sowie bei Tachymyopathie. Darüber hinaus bleibt sie eine etablierte Option bei unzureichender Wirksamkeit oder Unverträglichkeit antiarrhythmischer Medikamente. Ziel ist die Reduktion von Symptomen, Rezidiven und der Progression der Rhythmusstörung.

Chirurgische und hybride Ablationsverfahren wurden bei paroxysmalem Vorhofflimmern auf Klasse IIb zurückgestuft, während sie bei symptomatischem persistierendem Vorhofflimmern auf Klasse IIa aufgewertet wurden. Im Rahmen dieser aktualisierten Ansätze gewinnt die interdisziplinäre Entscheidungsfindung zunehmend an Bedeutung und rückt stärker in den therapeutischen Fokus.

E – Evaluation und regelmäßige Reevaluation

Die systematische Erfassung von Komorbiditäten und Risikofaktoren, die den Verlauf sowie die therapeutische Steuerung des Vorhofflimmerns maßgeblich beeinflussen können, stellt den Ausgangspunkt jeder Behandlung dar. Im Zentrum steht dabei eine sorgfältige und individuelle Anamnese, um ein möglichst ganzheitliches Bild der Patientinnen und Patienten zu gewinnen. Das subjektive Erleben und die Symptomlast im Zusammenhang mit dem Vorhofflimmern sollten regelmäßig erneut evaluiert werden – initial sechs Monate nach der Erstbeurteilung, anschließend mindestens einmal jährlich sowie darüber hinaus angepasst an den individuellen klinischen Verlauf und die erfolgten therapeutischen Modifikationen. Übergeordnetes Ziel der Behandlung ist es, die Progression der Rhythmusstörung zu verhindern, die Lebensqualität langfristig zu verbessern und das Risiko für assoziierte Komplikationen nachhaltig zu reduzieren.

Zusammenfassung

Vorhofflimmern ist die häufigste persistierende Herzrhythmusstörung und mit erheblichen klinischen und sozioökonomischen Folgen verbunden. Die ESC-Leitlinien 2024 betonen eine individualisierte Therapie, die frühzeitige Rhythmuskontrolle und ein multidisziplinäres Management. Zentrale Aspekte sind die Behandlung von Komorbiditäten, eine konsequente Schlaganfallprävention und die gemeinsame Entscheidungsfindung mit den Patientinnen und Patienten. Die Katheterablation wird bei symptomatischem paroxysmalem Vorhofflimmern erstmals als First-Line-Therapie empfohlen. Regelmäßige Reevaluationen dienen der Optimierung der Therapie und der nachhaltigen Verbesserung der Lebensqualität.

Literatur:

1. Van Gelder IC, Rienstra M, Bunting KV, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). Eur Heart J 2024; 45: 3314–414.

2. Staerk L, Wang B, Preis SR, et al. Lifetime risk of atrial fibrillation according to optimal, borderline, or elevated levels of risk factors: cohort study based on longitudinal data from the Framingham Heart Study. BMJ 2018; 361: k1453.

3. Walli-Attaei M, Little M, Luengo-Fernandez R, et al. Health-related quality of life and healthcare costs of symptoms and cardiovascular disease events in patients with atrial fibrillation: a longitudinal analysis of 27 countries from the EURObservational Research Programme on Atrial Fibrillation general long-term registry. Europace 2024; 26: euae146.

4. Ko D, Chung MK, Evans PT, Benjamin EJ, Helm RH. Atrial Fibrillation: a review. JAMA 2025; 333: 329–42.

5. Pocket-Leitlinie Vorhofflimmern (Version 2024). Available from: https://leitlinien.dgk.org/2025/pocket-leitlinie-vorhofflimmern-version-2024/

Korrespondenzadresse:
Ass.Ärztin Dr. Laura Stix
Medizinische Universität Graz
Klinische Abteilung für Kardiologie
A-8036 Graz
Auenbruggerplatz 15
E-Mail: laura.stix@uniklinikum.kages.at

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

☑ Medizintechnik-Produkte

Neues CRT-D Implantat
Intica 7 HF-T QP von Biotronik

Artis pheno
Siemens Healthcare Diagnostics GmbH

Philips Azurion:
Innovative Bildgebungslösung

Aspirator 3
Labotect GmbH

InControl 1050
Labotect GmbH

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☑ Bestellung e-Journal-Abo

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

Impressum **Disclaimers & Copyright** **Datenschutzerklärung**