



Vorhofflimmern – die Epidemie des neuen Jahrtausends

Risikogruppen

Die Zahl der Patienten mit Vorhofflimmern wird in den nächsten 30–50 Jahren voraussichtlich deutlich steigen. Dies ist auf eine alternde Bevölkerung und die zunehmende Prävalenz von Risikofaktoren wie arterieller Hypertonie (Bluthochdruck) und Diabetes zurückzuführen.³

65+



FAST 8 VON 10 ERWACHSENEN, die an Vorhofflimmern bzw. Vorhofflattern leiden (oder damit diagnostiziert werden), sind 65 Jahre oder älter.¹

Dem Aufwärtstrend in ganz Europa begegnen



- Vorhofflimmern ist die häufigste Ursache für Herzrhythmusstörungen und immer weiter verbreitet: 11 Millionen Menschen in ganz Europa leiden an Vorhofflimmern.¹
- Bis 2030 wird die Zahl der Patienten mit Vorhofflimmern voraussichtlich um bis zu 70 % steigen.²
- Bis 2050 wird Europa im Vergleich zu anderen Regionen die meisten Patienten mit Vorhofflimmern haben.³

Vorhofflimmern erhöht das Risiko lebensbedrohlicher Erkrankungen

- Vorhofflimmern stört den normalen Blutfluss durch das Herz, was zur Bildung von Blutgerinnseln führen und einen Schlaganfall verursachen kann.⁵
- Vorhofflimmern erhöht das Risiko lebensbedrohlicher Ereignisse und Erkrankungen wie Schlaganfall, Herzinsuffizienz und Tod.⁶
- Bis zu 20 % aller Schlaganfälle treten bei Patienten mit Vorhofflimmern auf.^{2, 6}

5x höheres Risiko für Herzinsuffizienz



2,4x höheres Schlaganfallrisiko



2x höheres Risiko für kardiovaskuläre Mortalität



Auswirkungen

Auswirkungen für Patienten

- Die häufigsten Symptome von Vorhofflimmern sind Herzstolpern, Müdigkeit, Kurzatmigkeit, allgemeines Unwohlsein und Schwindel.^{2, 7–9}
- Diese Symptome können sich erheblich auf die Lebensqualität der Patienten auswirken.



19 %

FUNKTIONELLE BEEINTRÄCHTIGUNGEN¹⁰⁻¹¹

25 %

BEEINTRÄCHTIGUNGEN IM ALLTAG¹⁰⁻¹¹

BIS ZU 47 %

VERMINDERTE LEBENSQUALITÄT¹⁰⁻¹¹

Auswirkungen auf die Gesundheitssysteme

Vorhofflimmern hat einen entscheidenden finanziellen und ressourcenbezogenen Einfluss auf die Gesundheitssysteme in ganz Europa.

- Die durch Vorhofflimmern verursachten Kosten reichen von € 660 Mio. bis zu € 3,3 Mrd.^{12–16}
- Bis 2030 wird die Zahl der Schlaganfälle und Arztbesuche im Zusammenhang mit Vorhofflimmern voraussichtlich steigen.

280.000 – 340.000
ISCHÄMISCHE SCHLAGANFÄLLE²

3,4 – 4 MIO.
KRANKENHAUSAUFENTHALTE²

100 – 120 MIO.
AMBULANTE ARZTBESUCHE²

Früherkennung ist entscheidend

Vorhofflimmern ist eine fortschreitende Erkrankung, die umso schwieriger zu behandeln ist, je länger sie besteht.⁹

- Die Früherkennung und Diagnose von Vorhofflimmern können dazu beitragen, die Ergebnisse für Patienten zu verbessern, da eine lange Krankheitsdauer ein Wiederauftreten wahrscheinlicher macht.^{24–25}



BEI **1 von 5** PATIENTEN INNERHALB 1 JAHRES^{17–19}



PAROXYSALES VORHOFFLIMMERN

PERSISTIERENDES VORHOFFLIMMERN

Maßnahmen, um Vorhofflimmern zu begegnen

Systematisches Screening

Etwa 15–30 % der Patienten mit Vorhofflimmern zeigen möglicherweise keine Symptome (stummes Vorhofflimmern). Richtlinien empfehlen:⁴

- ✓ Opportunistisches Screening (z. B. bei der routinemäßigen Blutdruckmessung) für Menschen über 65 durch Pulsmessung oder EKG.⁷
- ✓ Systematisches Screening von Patienten mit hohem Schlaganfallrisiko zur Identifizierung derjenigen, die von einer prophylaktischen Antikoagulationstherapie profitieren würden.⁴

Patientenaufklärung

45 % der Patienten glauben nicht, dass Vorhofflimmern lebensbedrohlich sein kann.²⁰

Sie als Arzt können:

- ✓ Patienten über Vorhofflimmern und das Risiko schwerer Komplikationen aufklären.
- ✓ Patienten über 40 oder mit Risikofaktoren ermutigen, ihren Puls regelmäßig zu überprüfen und sich ggf. an ihren Arzt zu wenden.
- ✓ Patienten ermutigen, eine zentrale Rolle in puncto Entscheidungsfindung und Versorgung einzunehmen, um das Selbstmanagement zu fördern.
- ✓ Verfügbare Behandlungsmöglichkeiten mit aufgeklärten Patienten besprechen.

* Basierend auf der funktionellen Kapazität, gemessen anhand der Goldman Specific Activity Scale bei Patienten mit Vorhofflimmern (Score 75 [Standardabweichung (SA) 20]) im Vergleich zu gesunden Personen (Score 93 [SA 11]).

† Gemessen anhand der Illness Intrusiveness Rating Scale bei Patienten mit Vorhofflimmern (Score 35 [SA 15]) im Vergleich zu gesunden Personen (Score 28 [SA 19]).

‡ Gemessen anhand der SF-36-QoL-Skala. Für SF-36-Subskalen wurde eine Reduktion beobachtet.

Referenzen

1. Global Burden of Disease Collaborative Network. (2016) Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2017. Available from <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool> last accessed June 2019. 2. Zoni-Berisso M (2014). Clin Epidemiol 6 213-220. 3. Rahman F et al (2014). Nat Rev Cardiol 11 (11): 639-654. 4. Maresh G et al. Europace (2017) 19 1589-1623. 5. European Heart Network. (2015) Atrial Fibrillation and Cardiovascular Diseases – accessed at <http://www.ehnheart.org/component/attachments/attachments.html?task=download&folder=publications&id=2205>. 6. Kirchhof P et al. (2016) Eur Heart J 37 (38): 2893-2962. 7. Rienstra M et al. (2012) Circulation 125 (23): 2933-2943. 8. Lip GY et al. (2014) Eur Heart J 35 (47): 3365-3376. 9. Van Gelder I et al. (2009) Europace (2009) 6: 943-949. 10. Dorian P et al. (2000) Am Coll Cardiol 36 (4): 1303-1309. 11. van den Berg MP et al. (2001) Eur Heart J 22 (3): 247-253. 12. McBride D et al. (2009) Value Health 12 (2): 293-301. 13. Bail J et al. (2013) Int J Cardiol 167 (5): 1807-1824. 14. Cotte FE. (2016). Europace 18 (4): 501-507. 15. Stewart S et al. (2004) Heart 90 (3): 286-292. 16. GBD 2016 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators (2017). Lancet 390 (10100): 1211-1259. 17. Scherr D et al. (2015) Circ Arrhythm Electrophysiol 9(1): 18-24. 18. Pathak RK et al. (2014) J Am Coll Cardiol 64 (21): 2222-2231. 19. Nieuwlaar R et al. (2008) Eur Heart J 29 (9): 1181-1189. 20. Aliot E et al. (2010). Europace 12(5):626-33. 21. Lip GY et al. (2014) Eur Heart J 35 (47): 3365-3376. 22. Dorian P et al. (2000). J Am Coll Cardiol 36 (4): 1303-1309. 23. Van den Berg MP et al. (2001) Eur Heart J 22 (3): 247-253. 24. Scherr D et al. (2015) Circ Arrhythm Electrophysiol 8 (1): 18-24. 25. Pathak RK et al. (2014) J Am Coll Cardiol 64 (21): 2222-2231. 26. Nieuwlaar R et al. (2008) Eur Heart J 29 (9): 1181-1189.