

Screening auf VHF → Bei Patienten > 65 J. routinemässig Pulsmessung und/oder EKG

Akuttherapie

1. Diagnostik EKG (24-h-EKG)

→ Ev. netzeigenen Kardiologen hinzuziehen

2. Labor

- Hämatogramm
- TSH
- Elektrolyte
- Nierenfunktionswerte

3. Klinische Untersuchung / Vitaldaten

→ Entscheidung: klinisch stabil/instabil

Instabiler Patient: Notfallhospitalisation

Stabiler Patient

4. Antikoagulation

→ Entscheidung über Indikation anhand Schlaganfallrisiko im CH₂DS₂-VAsC-Score:

1. Wahl **DOAK**, wenn keine Kontraindikation (Cave: Niereninsuffizienz, Klappenersatz)
2. Wahl VKA

5. Behandlung von Symptomen

- HF-Kontrolle: Betablocker bei HF > 110/min
- Diuretika bei Dekompensation
- Auslösefaktoren behandeln
 - BD-Kontrolle falls hypertensiv
 - Elektrolytsörung, Anämie, Infekt, Schilddrüsenfunktionsstörung

Nach 3–4 Tagen

6. Nachkontrolle und anschliessend Überweisung an Kardiologen

- Bei schlechtem Zustand sofortige Überweisung
- Bei wenig-/asymptomatischem Zustand reguläre Überweisung

Kardiologe

- Echokardiographie
- Entscheid über Rhythmus-/Frequenzkontrolle
- Empfehlung für Langzeittherapie

Langzeittherapie (in Absprache mit Kardiologen)

Management modifizierbarer Risikofaktoren

- BD > 160 mmHg
- Schlecht eingestellter INR
- Vermeidung von NSAR/ASS

Begleiterkrankungen suchen/behandeln

- Hypertonie
- KHK
- COPD
- OSAS
- Adipositas
- TSH/Kreatinin
- Drogen/Alkohol

Entscheid, ob Rhythmus-/Frequenzkontrolle weiterhin notwendig