

Vorhofflimmern – der praktische Fall

Dr. Karsten Filzmaier

Leiter des CoC Medical Underwriting & Claims Consulting
Munich RE, München

Fallbeispiel

Ein 53-jähriger kaufmännischer Angestellter beantragt folgende Versicherung auf Endalter 70:

- Risikolebensversicherung
CHF 250 000, Dauer 17 Jahre
- Prämienbefreiung bei Erwerbsunfähigkeit mit einer Wartefrist von 12 Monaten, Dauer 17 Jahre

In den Personenfragen gibt der Antragsteller an, dass im Jahr 2003 ein Vorhofflimmern festgestellt wurde, welches nach einer zweimaligen Katheterbehandlung im Jahr 2007 geheilt werden konnte. Ansonsten seien keine gesundheitlichen Einschränkungen oder Vorerkrankungen bekannt. Keine dauerhafte Medikamenteneinnahme. Es bestünden keine kardialen Risikofaktoren.

Medizinischer Befund

Anhand der einverlangten ärztlichen Unterlagen ergab sich folgender Sachverhalt: Im Jahr 2003 wurde erstmals ein rezidi-

vierendes Vorhofflimmern festgestellt. Eine strukturelle Herzerkrankung oder nicht-kardiale Ursache konnte ausgeschlossen werden. Zwischen 2003 und 2007 erfolgten mehrere elektrische Kardioversionen bei rezidivierenden, persistierenden Vorhofflimmerepisoden. Unter dem Vorhofflimmern beklagte der Antragsteller eine Belastungsdyspnoe NYHA II und eine Einschränkung seiner Lebensqualität. Eine antiarrhythmische Therapie mit Amiodaron musste aufgrund von Nebenwirkungen beendet werden. Es erfolgte keine Antikoagulation.

Im April 2007 blieben mehrere Kardioversionsversuche erfolglos. Trotz medikamentöser Frequenzkontrolle lag die Ruheherzfrequenz bei über 110 Schlägen/Minute. Echokardiografisch zeigte sich im Vergleich zu 2003 eine mittelgradige Vergrößerung des linken Vorhofes sowie eine leicht reduzierte linksventrikuläre Funktion. Im gleichen Monat wurde eine primär erfolgreiche Pulmonalvenenisolation durchgeführt. Entlassung aus dem Spital im stabilen Sinusrhythmus. Im August 2007 kam es zu einem Vorhofflimmerrezidiv, sodass einen Monat später eine erneute Pulmonalveneni-

isolation erfolgreich durchgeführt wurde. In der letzten Verlaufskontrolle aus dem Jahr 2011 zeigte sich im Langzeit-EKG ein durchgehender Sinusrhythmus sowie in der Echokardiografie ein leichtgradig vergrößerter linker Vorhof bei ansonsten unauffälligem Befund. Zwischenzeitlich wurde die Therapie mit einem Betablocker abgeschlossen.

Versicherungsmedizinische Einschätzung

In der versicherungsmedizinischen Einschätzung von Antragstellern gilt es, das individuelle Risiko hinsichtlich Mortalität und Morbidität zu erfassen und mit Blick auf die Normalbevölkerung (z. B. über die Sterbetafeln) zu bewerten. Grundlage dieser Einschätzung ist die aus Studien und Registerdaten abgeleitete medizinische Evidenz.

Todesfallrisiko

Um das Todesfallrisiko zu bewerten, ist bei Antragstellern mit Vorhofflimmern die Ätiologie von grosser Bedeutung. Ist das Vorhofflimmern ein Symptom oder eine Komplikation einer kardialen Grunderkrankung, so steht diese im Vordergrund der Risikobewertung. Das

Vorhofflimmern ist dann ein zumeist ungünstiger Risikofaktor im Gesamtkontext der kardialen Erkrankung. Ein kurzzeitiges Vorhofflimmern im Zusammenhang mit einem vorübergehenden Auslöser (z. B. Operationen, fieberhafter Infekt, Hyperthyreose) sollte nach Behebung oder Beendigung der Ursache für die Bewertung des Todesfallrisikos hingegen nicht von Bedeutung sein.

Der Antragsteller in diesem Fallbeispiel litt an einem idiopathischen Vorhofflimmern. Bezüglich der Mortalität von Patienten mit idiopathischem Vorhofflimmern ist in den letzten Jahren eine Reihe von Studien veröffentlicht worden. Im Jahr 2007 wurde bei 76 Patienten mit idiopathischem Vorhofflimmern über einen mittleren Beobachtungszeitraum von über 25 Jahren kein signifikanter Unterschied hinsichtlich der Mortalität bezogen auf eine gesunde Kontrollgruppe festgestellt [1]. In einer aktuellen Beobachtungsstudie aus dem Jahr 2012 zeigte sich über einen Beobachtungszeitraum von 12 Jahren bei 346 Patienten mit neu diagnostiziertem idiopathischem Vorhofflimmern eine exzellente Prognose [2].

Hinsichtlich des Todesfallrisikos sollten in der Risikoprüfung zwei weitere Aspekte in Betracht gezogen werden:

- Das Änderungsrisiko während der Laufzeit der Todesfalldeckung
- Das Rezidivrisiko nach erfolgreicher Pulmonalvenenisolation

Die Laufzeit der Versicherung beträgt 17 Jahre, also über das 60. Lebensjahr des Antragstellers hinaus. In den oben genannten Studien konnte jedoch gezeigt werden, dass die gute Prognose des idiopathischen Vorhofflimmerns negativ beeinträchtigt werden kann, wenn im Verlauf Risikofaktoren hinzukommen – wie zum Beispiel das Alter, ein Bluthochdruck oder andere Herzkrankungen. Bei einem Endalter von 70 Jahren für die Todesfalldeckung steigt während der Versicherungslaufzeit das Thrombembolie- und Todesfallrisiko unweigerlich an. Der Versicherungsmediziner muss nicht nur den Status Quo zum Zeitpunkt der Risikoprüfung betrachten, sondern sollte auch das Änderungsrisiko während der Vertragslaufzeit im Auge behalten. In diesem Fall ist es günstig zu wissen, wenn der Antragsteller ärztlich gut angebunden ist und auf eine

Änderung des Gesundheitsstatus (Komorbiditäten, Alter) mit hoher Wahrscheinlichkeit leitliniengerecht reagiert wird, wie zum Beispiel durch eine Antikoagulation.

Das Rezidivrisiko nach Pulmonalvenenisolation stellt momentan eines der grössten Probleme dieses Therapieverfahrens dar. Eine im Jahr 2011 veröffentlichte Studie[3] kam zum Ergebnis, dass ein Jahr nach Ablation ungefähr 50 % der Patienten wieder im Vorhofflimmern sind. Bei vielen Patienten – wie auch beim Antragsteller in unserer Fallstudie – muss die Prozedur wiederholt werden. Patienten, die auch mehrfache Pulmonalvenenisolationen in Kauf nehmen, sind nach 4 Jahren zu 78 % bei vormals permanentem und zu 95 % bei vormals paroxysmalem Vorhofflimmern in einem Sinusrhythmus. Allerdings liegen aufgrund der Neuartigkeit der Methode nur wenige Daten bezüglich des Langzeiterfolgs (>5 Jahre) der Pulmonalvenenisolation vor. In einigen Studien wird eine jährliche Rezidivrate nach dem ersten Jahr von ca. 2 % angegeben. In manchen Studien lag diese Zahl aber ungleich höher.

Periinterventionelle Komplikationen treten bei der Pulmonalvenenisolation nur in ca. 3 % der Fälle auf – in der Mehrzahl im Bereich der Punktionsstelle. Schwerwiegende Komplikationen (TIA / Schlaganfall, peripher arterielle Embolie, Pulmonalvenenstenose, Tod) sind bei weit weniger als 1 % der Prozeduren zu erwarten [4]. Trotz dieser Zahlen entscheiden sich 25 % der Patienten nach einer ersten erfolglosen Ablation gegen eine zweite Ablation und akzeptieren das Bestehen ihres Vorhofflimmerns [3].

Vor diesem Hintergrund stellt sich aus versicherungsmedizinischer Sicht das Todesfallrisiko für den Antragsteller des Fallbeispiels folgendermassen dar: Das idiopathische Vorhofflimmern geht primär nicht mit einem erhöhten Mortalitätsrisiko einher. Zusätzlich befindet sich der Antragsteller durch die Ablationsbehandlung seit 5 Jahren in einem Sinusrhythmus und das Risiko eines Vorhofflimmerrezidivs erscheint im weiteren Verlauf eher gering. Seit 2007 sind keine Risikofaktoren (z. B. eine arterielle Hypertonie) hinzugekommen und das Ergebnis der letzten Echokardiografie war sehr zufriedenstellend.

Die dokumentierten Nachsorgeuntersuchungen weisen auf eine gute ärztliche Anbindung hin, sodass auch im Falle eines Rezidivs, insbesondere im Alter über 60 Jahre, eine leitliniengerechte Behandlung eingeleitet wird. Auch das Risiko einer ggf. notwendigen dritten Pulmonalvenenisolation ist aufgrund der niedrigen periprozeduralen Komplikationsraten als gering einzuschätzen.

Basierend auf der medizinischen Evidenz sowie der individuellen Risikoprüfung konnte im Falle dieses Antragstellers eine Todesfallabsicherung ohne Risikozuschlag angeboten werden.

Invaliditätsrisiko

Die Invalidität ist in ihrer Eintrittswahrscheinlichkeit schwieriger einzuschätzen als der Todesfall, da auch subjektiv geprägte Faktoren, wie zum Beispiel die Einschränkung der Lebensqualität im Leistungsfall eine bedeutende Rolle spielen kann.

Bezüglich der Invalidität ist natürlich das erhöhte Schlaganfallrisiko von primärer Bedeutung. Doch analog zur Mortalität zeigte sich in verschiedenen Studien bei Patienten mit idiopathischem Vorhof-

flimmern eine vergleichbare Schlaganfallrate wie in der Normalbevölkerung [3, 5]. Bei Auftreten einer arteriellen Hypertonie oder anderer Risikofaktoren steigt das Schlaganfallrisiko jedoch signifikant an. Auch das Risiko für ein Vorhofflimmerrezidiv ist etwas kritischer zu bewerten als in der Todesfalldeckung, da hierdurch die Lebensqualität des Patienten ähnlich eingeschränkt werden kann wie bei einer chronischen Herzinsuffizienz. Auch psychische Belastungsreaktionen durch die Erkrankung können invalidisierende Auswirkungen haben. Auch die periprozedurale Morbidität bei einer Pulmonalvenenisolation ist ungleich höher als die Gefahr tödlicher Komplikationen.

Aufgrund des langjährigen, günstigen Verlaufs nach Ablation wurde die Prämienerfreier bei Erwerbsunfähigkeit mitversichert. Aufgrund des verbliebenen und schwer einzuschätzenden Risikos eines Vorhofflimmerrezidivs mit der Gefahr der Entwicklung von invalidisierenden Komplikationen oder Symptomen wurde ein geringer Risikozuschlag erhoben.

Quellenangaben

1. Jahangir A. et al.: Long-term progression and outcomes with aging in patients with lone atrial fibrillation – A 30-year follow-up study. *Circulation* 2007; 115: 3050–3056
2. Potpara TS et al.: A 12-year follow-up study of patients with newly diagnosed lone atrial fibrillation – Implications of arrhythmia progression on prognosis: The Belgrade atrial fibrillation study. *Chest* 2012; 141(2): 339–347
3. Winkle RA et al.: Long-term results of atrial fibrillation ablation. *Am Heart J* 2011; 34(3): 193–200
4. Baman TS et al.: Prevalence and predictors of complications of radiofrequency catheter ablation for atrial fibrillation. *J Cardiovasc Electrophysiol* 2011; 22(6): 626–631
5. Osranek M et al.: Lone atrial fibrillation: three-decade follow-up. *Eur Heart J* 2005; 26(23): 2556–61