

# Aktuelle Auswertungen des Versorgungsatlas

1. Diagnoseprävalenz der rheumatoiden Arthritis
2. Medikamentöse Versorgung bei inzidenter rheumatoider Arthritis
3. Rückenschmerzen

**Dr. Annika Steffen**

**Zi-Congress Versorgungsforschung am 5. & 6. Juni 2019**

**Parallelsitzung T4-4, 6. Juni 2019, 15:30–16:15**

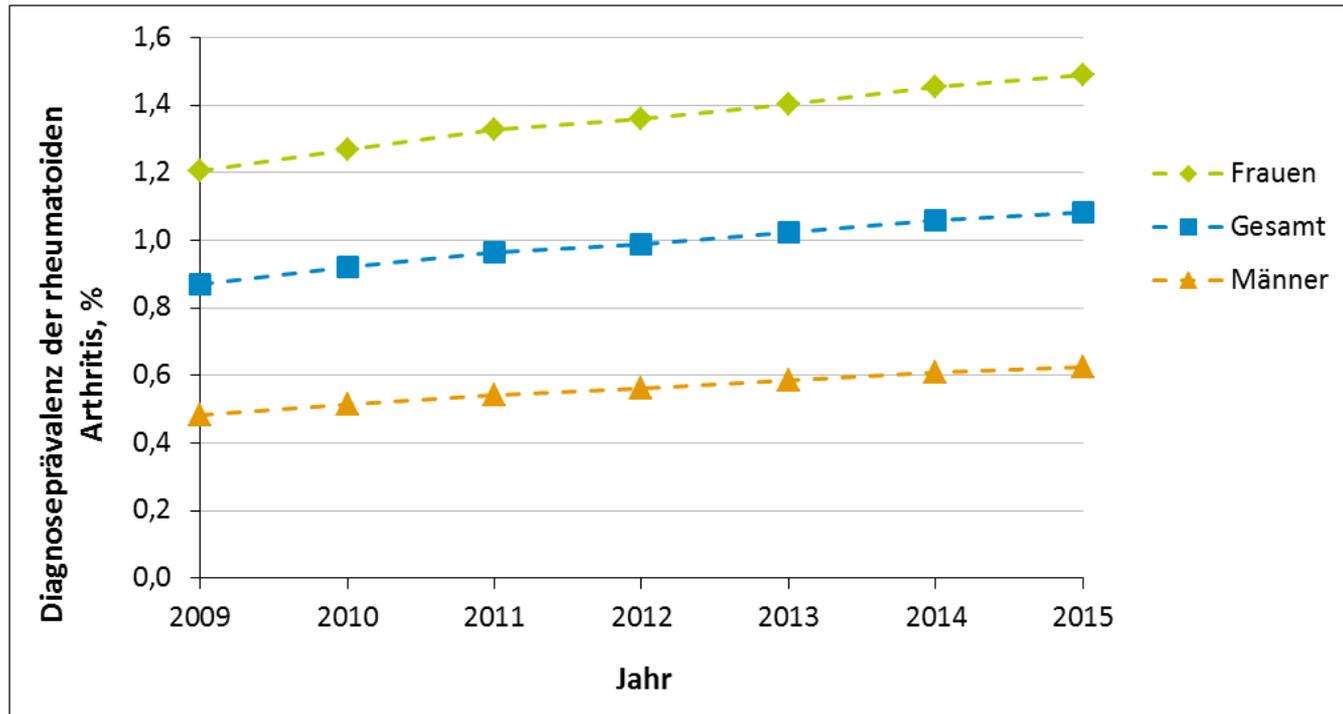
1. Bundesweite, krankenkassenübergreifende vertragsärztliche Abrechnungsdaten gemäß §295 Abs. SGB V
  - Vollerfassung der vertragsärztlichen Leistungen aller GKV-Versicherten, die im Untersuchungszeitraum vertragsärztliche Leistung in Anspruch genommen haben
  - Pseudonymisierte Patientenidentifikationsnummer, Geschlecht, Geburtsjahr, Wohnort, Krankheitsdiagnosen, abgerechnete Leistungen nach EBM, arztbezogene Daten, wie z.B. Facharztgruppe und Praxisstandort
  - derzeit Daten der Jahre 2009 bis 2017
  
2. Bundesweite vertragsärztliche Arzneiverordnungsdaten gemäß §300 Abs. SGB V
  - Vollerfassung aller Verordnungen, die als eingelöste Rezepte an die Apothekenrechenzentren weitergeleitet wurden, inkl. Informationen zum Arzneimittel und zum verordnenden Arzt
  - Pseudonymisierte Patientenidentifikationsnummer, Geschlecht, Geburtsjahr, Wohnort, Krankheitsdiagnosen
  - derzeit Daten der Jahre 2009 bis 2016

# 1. Diagnoseprävalenz der rheumatoiden Arthritis (RA)

- 24% Anstieg der Diagnoseprävalenz zwischen 2009-2015
- 2015: 1,08 % (N=666.220)

Frauen: 1,49 % (N=486.026)

Männer: 0,62 % (N=180.194)



## Falldefinition:

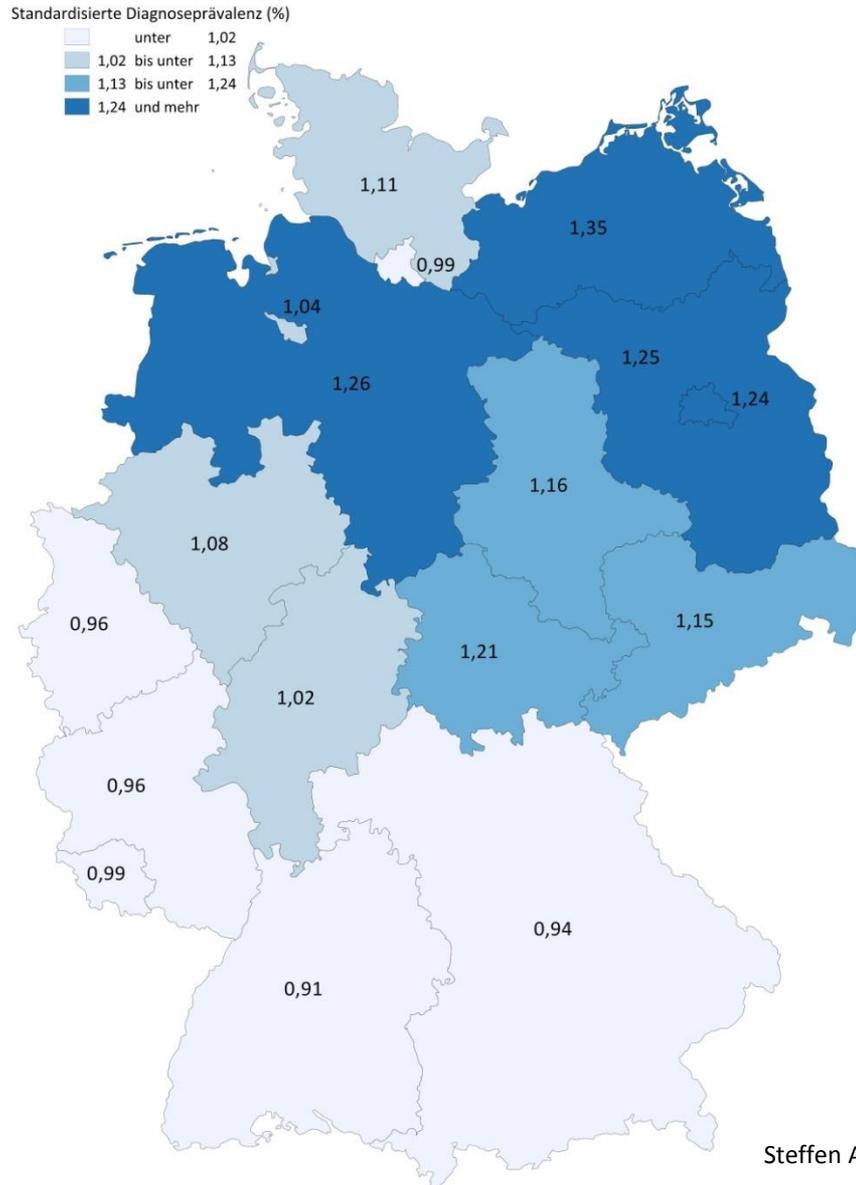
Mindestens in 2 Quartalen eines Jahres eine Diagnose (M05.- oder M06.-) + Labordiagnostik (CRP, BSG) in einem der Diagnose-Quartale

## Bezugspopulation:

Gesamtpopulation der GKV-Versicherten im Bezugsjahr (Nenner)

Steffen A et al. Epidemiologie der rheumatoiden Arthritis in Deutschland – eine Analyse anhand bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten. DOI: 10.20364/VA-17.08

# Regionale Verteilung der RA-Diagnoseprävalenz



- Gefälle zwischen Nord/Nordost und Süden/Südwesten
- Höchste (stand.) Diagnoseprävalenz in MV gefolgt von Niedersachsen
- Niedrigste Diagnoseprävalenz in Baden-Württemberg und Bayern

Steffen A et al. Epidemiologie der rheumatoiden Arthritis in Deutschland – eine Analyse anhand bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten. DOI: 10.20364/VA-17.08

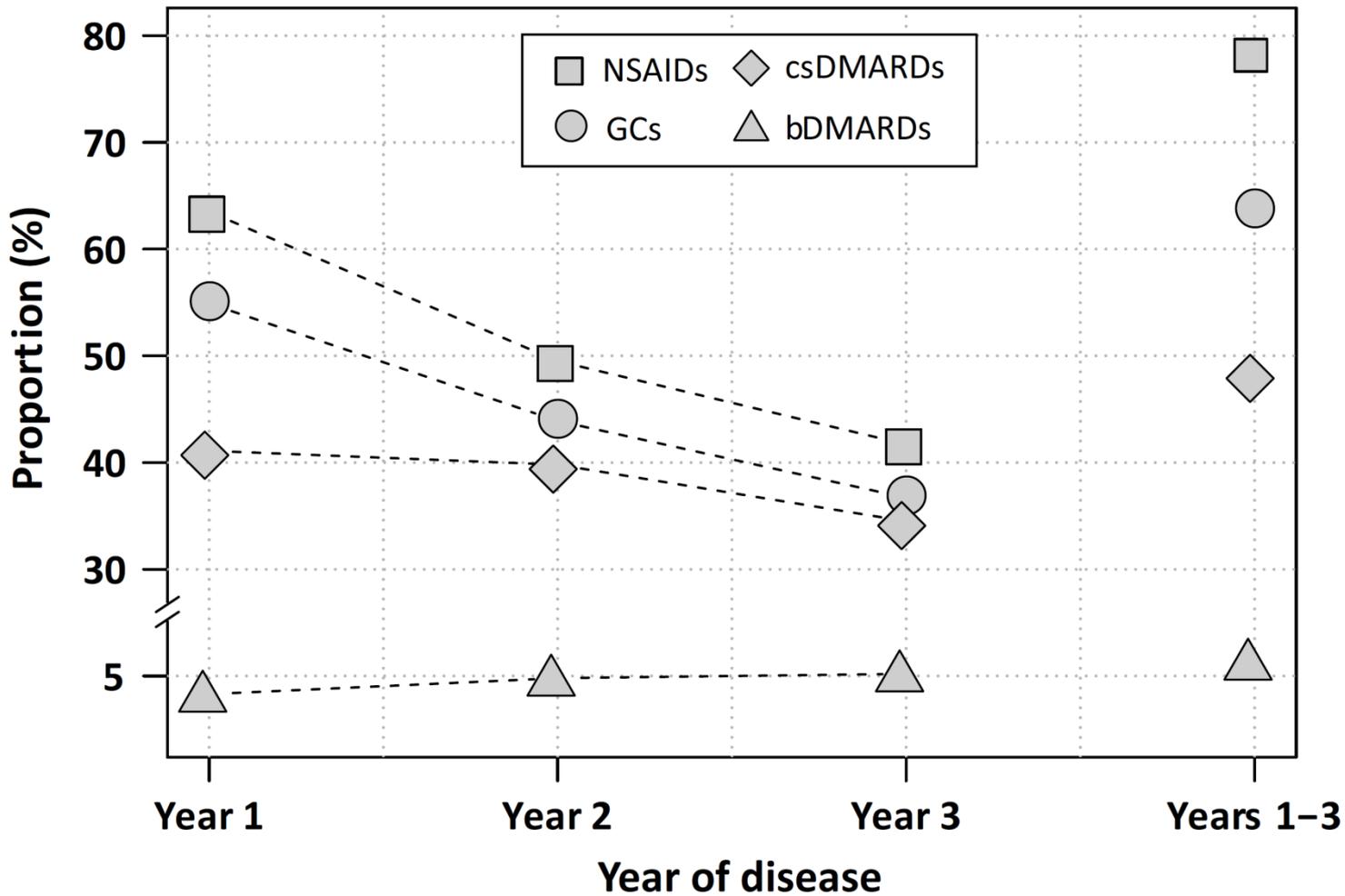
## 2. Medikamentöse Versorgung inzidenter RA

### Definition inzidenter RA-Fälle im Jahr 2012 :

- Keine RA-Diagnose (M05, M06) in den Jahren 2009-2011
- RA-Diagnose im Jahr 2012 + RA-Diagnose in einem der drei Folgequartale + RA-Diagnose in 2013 und 2014

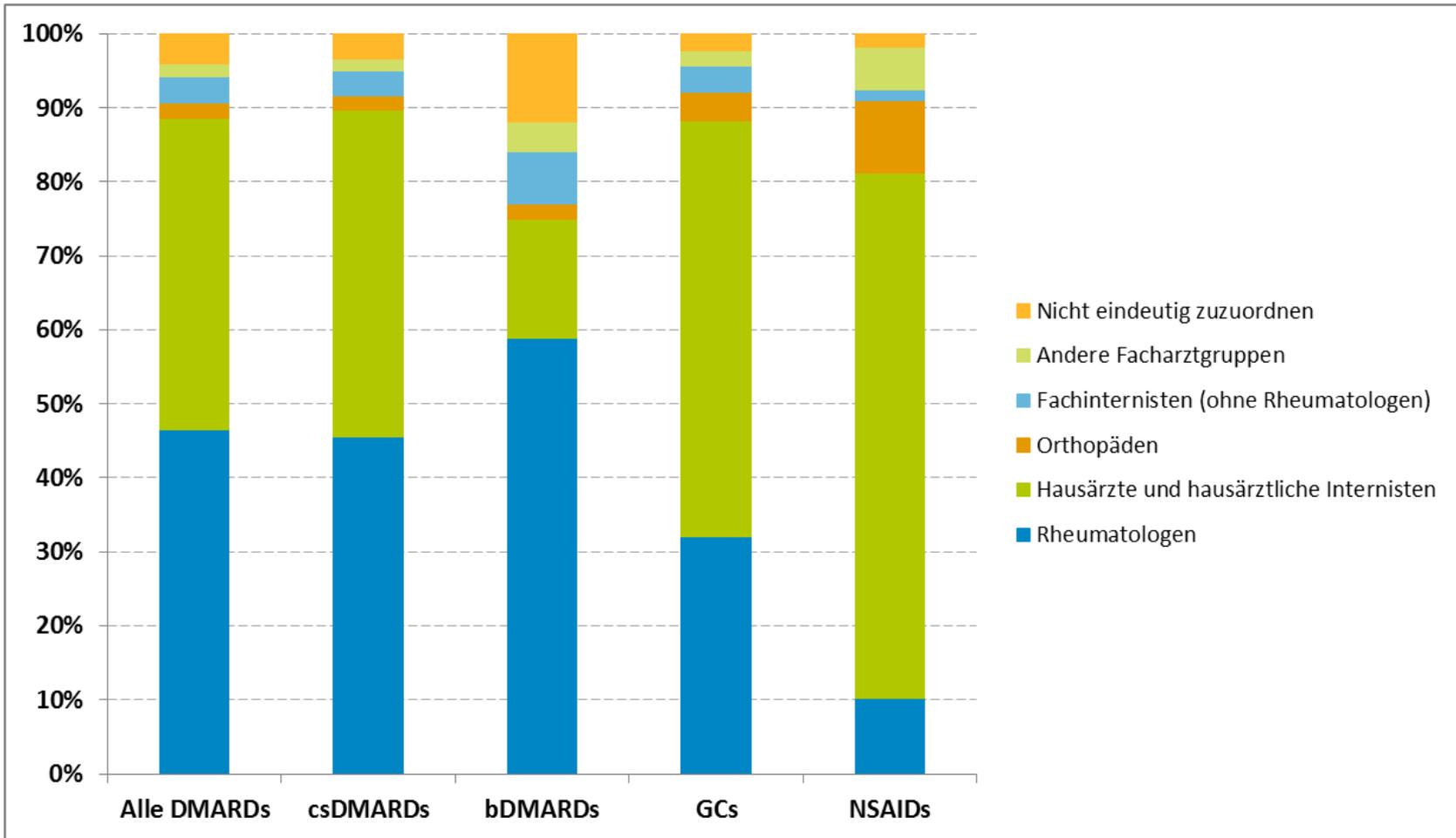
Verordnungsprävalenz im ersten Erkrankungsjahr							
	N (%)	DMARDs (%)			GCs (%)	NSAIDs (%)	Mindestens eins der Medikamente
		Alle	csDMARDs	bDMARDs			
<b>Gesamt</b>	54.896 (100)	44,3	43,1	3,3	54,9	63,5	83,7
<b>Geschlecht</b>							
Männer	17.544 (32,0)	46,9	45,3	4,1	58,0	64,2	85,0
Frauen	37.352 (68,0)	43,1	42,1	2,9	53,4	63,2	83,2
<b>Alter (Jahre)</b>							
<35	3.854 (7,0)	52,8	48,7	10,0	47,8	60,4	82,5
≥35 und <50	10.431 (19,0)	47,5	45,6	5,1	51,0	65,8	83,8
≥50 und <65	20.536 (37,4)	45,7	44,8	3,1	53,1	66,4	84,3
≥65	20.075 (36,6)	39,5	39,1	1,1	60,1	60,1	83,5
<b>Subtyp</b>							
M05	12.161 (22,2)	69,7	68,6	4,8	71,8	68,2	92,5
M06	42.735 (77,8)	37,1	35,9	2,8	50,0	62,2	81,3

# Verordnungsprävalenz nach Erkrankungsdauer





# Verordnungen nach Facharztgruppe



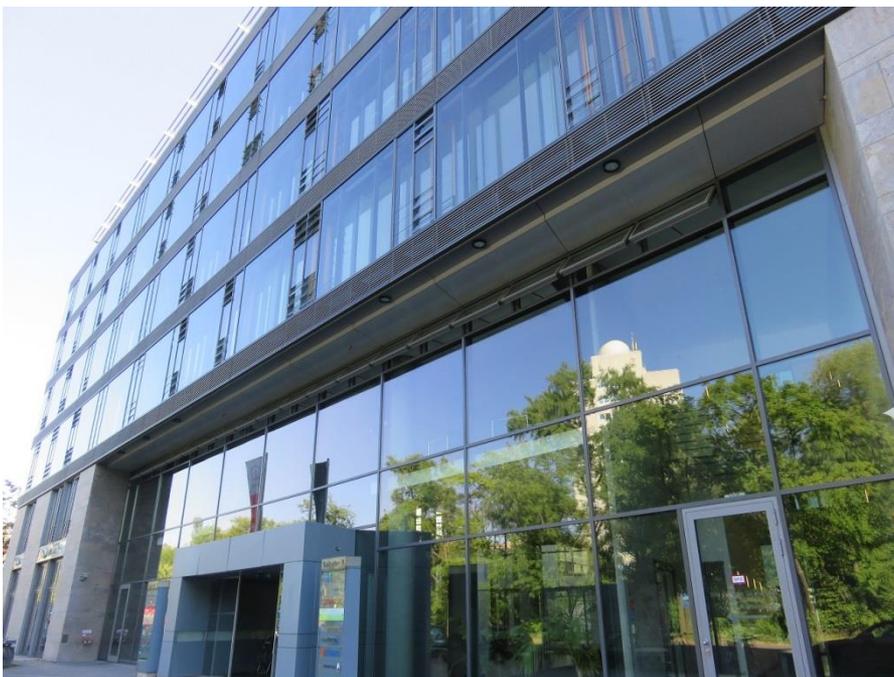
Ärzte, die nicht eindeutig über die LANR einer Fachgruppe zuzuordnen sind:  
wahrscheinlich Ärzte aus Hochschulambulanzen (spezialisierte Versorgung)

# Diskussion zur rheumatoiden Arthritis

- Zunehmende Bedeutung der RA in der ambulanten Versorgung?
  - geänderte Klassifikationskriterien im Jahr 2010 (Aletaha et al. 2010)?
  - verminderte Sterblichkeit?
- Regionale Unterschiede in der Diagnoseprävalenz
  - Variation in Lebensstilfaktoren (z.B. Rauchen)?
  - Variation in der Versorgungsstruktur (z.B. Rheumatologendichte)?
  - Variation im Anteil von Privatpatienten, Diagnosen und Leistungen im Rahmen von Selektivverträgen oder Verträgen der hausarztzentrierten Versorgung?
- Weniger als die Hälfte der inzidenten RA-Fälle erhält DMARD-Therapie
  - gemäß den deutschen, europäischen und US-amerikanischen Leitlinien sollte unmittelbar nach Diagnosestellung eine Therapie mit csDMARDs begonnen werden (auch bei Verdachtsdiagnose) → Keine flächendeckende Umsetzung der treat-to-target-Strategie?
  - Oder: viele Patienten mit mildem Verlauf ohne Progression?
  - Beteiligung von Rheumatologen von zentraler Bedeutung für eine adäquate Versorgung; noch zu wenige Patienten in rheumatologischer Betreuung
  - Disparität in der Versorgung nach Alter (GC vs. csDMARDs): weniger aggressive Therapien bei Älteren?
  - Unterversorgung seronegativer Patienten?

### 3. Rückenschmerzen – CAVE: Work in progress





**Vielen Dank für  
Ihre Aufmerksamkeit**

[www.zi.de](http://www.zi.de)

**Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung  
in der Bundesrepublik Deutschland**

Salzufer 8  
10587 Berlin

Tel. +49 30 4005 2450

Fax +49 30 4005 2490

[zi@zi.de](mailto:zi@zi.de)



[versorgungsatlas.de](http://versorgungsatlas.de)

