

Andrea Waltersbacher

Heilmittelbericht 2019

Ergotherapie, Sprachtherapie,
Physiotherapie, Podologie

WIdO | Wissenschaftliches
Institut der AOK

Impressum

Die vorliegende Publikation ist ein Beitrag des
Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO).

Heilmittelbericht 2019
Ergotherapie Sprachtherapie Physiotherapie Podologie
Berlin, 17. Dezember 2019

Andrea Waltersbacher

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)
im AOK-Bundesverband GbR
Rosenthaler Str. 31, 10178 Berlin

Geschäftsführender Vorstand:
Martin Litsch (Vorsitzender)
Jens Martin Hoyer (stellv. Vorsitzender)
<http://www.aok-bv.de/impressum/index.html>

Aufsichtsbehörde:
Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege
und Gleichstellung –SenGPG–
Oranienstraße 106, 10969 Berlin

Datenverarbeitung: Jürgen-Bernhard Adler
Redaktionelle Bearbeitung: Susanne Sollmann
Grafik: Sybilla Weidinger, Désirée Gensrich
Titelfoto: iStock/Halfpoint

Nachdruck, Wiedergabe, Vervielfältigung und Verbreitung
(gleich welcher Art), auch von Teilen des Werkes,
bedürfen der ausdrücklichen Genehmigung.

E-Mail: wido@wido.bv.aok.de
Internet: <http://www.wido.de>

Inhalt

1	Das Wichtigste in Kürze.....	2
2	Überblick über die Heilmittelverordnungen von 2018	5
2.1	Verordnungen und Umsatz	5
2.2	Facharztgruppen, Leistungserbringer und Patienten	8
3	Ergotherapie.....	12
3.1	Leistungen und Umsatz.....	12
3.2	Facharztgruppen und Patienten	13
3.3	Diagnosen und ergotherapeutische Maßnahmen	14
4	Sprachtherapie	16
4.1	Leistungen und Umsatz.....	16
4.2	Facharztgruppen und Patienten	17
4.3	Sprachtherapeutische Diagnosen und Maßnahmen	18
5	Physiotherapie	19
5.1	Leistungen und Umsatz.....	19
5.2	Facharztgruppen und Patienten	20
5.3	Diagnosen und physiotherapeutische Maßnahmen	21
5.4	Schwerpunkt Rückenschmerzen.....	22
6	Podologie	27
6.1	Leistungen und Umsatz.....	27
6.2	Facharztgruppen und Patienten	28
7	Spezielle Patientengruppen: Kinder und Senioren	29
7.1	Kinder bis 14 Jahre als Heilmittelpatienten	29
7.1.1	Patienten und Leistungen	29
7.1.2	Diagnosen und Maßnahmen.....	32
7.2	Heilmittelpatienten ab 60 Jahre	33
7.2.1	Leistungen und Patienten	34
7.2.2	Diagnosen und Maßnahmen bei Patienten ab 60 Jahre	34
8	Tabellenanhang.....	36
9	Rechtliche und technische Rahmenbedingungen, Datenbasis	45
10	Glossar	47
11	Abbildungsverzeichnis.....	49

1 Das Wichtigste in Kürze...

Rund **42 Millionen Heilmittelleistungen** wurden 2018 zu Lasten der GKV abgerechnet, davon 15,4 Millionen für AOK-Versicherte. Bei durchschnittlich jeweils sieben Behandlungssitzungen haben GKV-Versicherte zusammen knapp **292 Millionen Sitzungen** mit einem Therapeuten durchlaufen (AOK: 106 Millionen). Rein rechnerisch hat jeder der **72,8 Millionen** GKV-Versicherten **4,01 Behandlungen** erhalten (AOK: 27,1 Mio. Versicherte und 3,2 Behandlungen). Der Heilmittelumsatz erreichte 2018 in der Summe **7,25 Milliarden Euro** (Umsatz der AOK-Versicherten: 2,7 Milliarden Euro). Jeweils 1.000 GKV-Versicherte nahmen Therapien im Gegenwert von 99.547 Euro in Anspruch (AOK: 99.200 Euro). Der Heilmittelumsatz (AOK) stieg im Vergleich zum Vorjahr um 10,4 Prozent, der Umsatz je 1.000 AOK-Versicherte um **7,7 Prozent**.

Gut **34 Prozent** aller Heilmitteltherapien wurden von **Allgemeinmedizinern** verordnet, durchschnittlich 365 Leistungen je Arzt. Die kleine Facharztgruppe der **Orthopäden** hat gut ein Viertel (**27,2 Prozent**) der Heilmittelverordnungen veranlasst, durchschnittlich je Arzt 1.413 Heilmittelleistungen. Insgesamt haben **67.103 Leistungserbringer** (nach Institutskennezeichen) Therapien mit der AOK abgerechnet, darunter 940 Krankenhäuser.

Im Jahr 2018 nahmen **5,03 Millionen** der AOK-Versicherten eine Heilmitteltherapie in Anspruch. Dies entspricht einer Patientenrate von **186 Patienten je 1.000 Versicherte**. Bei den weiblichen Versicherten lag die Patientenrate bei 220 Patienten je 1.000 Versicherten, bei den männlichen Versicherten bei 150 je 1.000. Gegenüber dem Vorjahr ist die Patientenrate um knapp drei Prozent gesunken. Die Behandlungsintensität der Erkrankten hat sich gegenüber dem Vorjahr nicht verändert: Rechnerisch hat jeder **Heilmittelpatient** im Durchschnitt **3,1 Leistungen** mit zusammen 21,2 einzelnen Behandlungen in Anspruch genommen. Die jährlichen Kosten je AOK-Patient lagen durchschnittlich bei **535 Euro**.

Ergotherapie

GKV-weit wurden 3,06 Millionen ergotherapeutische Leistungen (AOK: 1,16 Mio. Leistungen) mit einem Umfang von 25,7 Millionen Behandlungen (AOK: 9,7 Mio. Behandlungen) in Anspruch genommen. Jeweils 1.000 GKV-Versicherte durchliefen im Durchschnitt 42,1 Leistungen mit 353 Behandlungen. Der Umsatz für die Versorgung der GKV-Versicherten mit ergotherapeutischen Maßnahmen belief sich auf 1,06 Mrd. Euro. Die durchschnittlichen Kosten für eine ergotherapeutische Leistung ohne Zusatzleistungen, wie z. B. Hausbesuchspauschalen oder Wegegeder, lagen bei 313,30 Euro (AOK: 322,72 Euro). Der Umsatz je 1.000 GKV-Versicherte lag bei 14.615 Euro (AOK: 15.362 Euro).

Verteilt man die 1.160.850 ergotherapeutischen Leistungen zu Lasten der AOK auf die 359.200 ergotherapeutischen Patienten unter den AOK-Versicherten, so hat ein Patient durchschnittlich 3,2 Leistungen mit zusammen 27,0 Behandlungen erhalten. Die jährlichen Therapiekosten beliefen sich 2018 auf durchschnittlich 1.159 Euro je ergotherapeutischer Patient. Die Ergotherapie zeigt eine leichte Zunahme von 2,3 Prozent bei den Patienten und eine Steigerung von 1,4 Prozent bei der Inanspruchnahme (Leistungen) im Vergleich zu 2017: Jeweils 1.000 AOK-Versicherte erhielten 2018 42,8 Leistungen.

Stimm-, Sprech-, Sprachtherapie

GKV-weit wurden 2,1 Millionen sprachtherapeutische Leistungen (AOK: rund 870.900) zur Therapie dieser Störungen in Anspruch genommen. Das entspricht einem Volumen von rund 16,6 Millionen einzelnen Behandlungen (AOK: 7,0 Mio.). Im Durchschnitt entfielen 228 sprachtherapeutische Behandlungen in 28,8 Leistungen auf jeweils 1.000 GKV-Versicherte. Der Umsatz für die Versorgung der GKV-Versicherten mit sprachtherapeutischen Maßnahmen betrug 754,5 Millionen Euro (AOK: 308,5 Mio. Euro). Eine sprachtherapeutische Leistung – ohne Zusatzleistung – kostete 2018 im Bundesdurchschnitt 334,92 Euro (AOK: 332,50 Euro). Der sprachtherapeutische Umsatz pro 1.000 GKV-Versicherte betrug 10.364 Euro (AOK: 11.380 Euro).

Rund 297.150 Patienten nahmen die 870.900 sprachtherapeutischen Heilmittelleistungen zu Lasten der AOK in Anspruch, durchschnittlich jeweils 2,9

Leistungen mit zusammen 23,4 Behandlungssitzungen. Die jährlichen Therapiekosten beliefen sich auf rund 1.038 Euro je sprachtherapeutischer AOK-Patient. Gegenüber dem Vorjahr ist die Patientenrate um 6,3 Prozent gesunken und die Zahl der sprachtherapeutischen Leistungen je 1.000 AOK-Versicherte sank um 6,1 Prozent auf 32,1 Leistungen.

Physiotherapie

Rund 35 Millionen Leistungen der Physikalischen Therapie und Physiotherapie wurden von den GKV-Versicherten 2018 in Anspruch genommen (AOK: knapp 12,6 Mio. Leistungen). Dies entspricht 243 Millionen einzelnen Behandlungen (AOK: 86,8 Mio.) mit einem Gegenwert von 5,2 Milliarden Euro (AOK: 1,87 Mrd. Euro). Im Durchschnitt haben jeweils 1.000 GKV-Versicherte rund 483 physiotherapeutische Leistungen mit zusammen 3.342 Behandlungen erhalten. Der Umsatz je 1.000 GKV-Versicherte lag bei 71.712 Euro. Die durchschnittliche physiotherapeutische Leistung ohne Zusatzleistungen kostete in der GKV 148,62 Euro (AOK: 135,56 Euro).

Verteilt man die Kennzahlen der physiotherapeutischen Heilmittelleistungen auf die rund 4,4 Mio. tatsächlichen Patienten, erhielten diese im Durchschnitt jeweils 2,9 Leistungen mit zusammen 19,7 Behandlungen. Die jährlichen Kosten je AOK-Patient für Physiotherapie summierten sich auf 425 Euro. Im Vergleich zum Vorjahr nahm die Zahl der AOK-Patienten um 2,9 Prozent ab und die Leistungen je 1.000 AOK-Versicherte sanken um 4 Prozent auf 463 Leistungen.

Knapp 4,4 Millionen AOK-Versicherte waren wegen chronischer, unspezifischer Rückenschmerzen in ärztlicher Behandlung. Die Patientenrate liegt damit bei 174 je 1.000 Versicherte; bei den Männern sind es 147 Patienten je 1.000 Versicherte, bei den Frauen 200 je 1.000 Versicherte. Knapp 300 je 1.000 Patienten mit unspezifischen, chronischen Rückenschmerzen wurden 2017 (Verordnungsdatum) mit physiotherapeutischen Maßnahmen therapiert, das sind rund 1,3 Mio. Patienten. Während ein Viertel der männlichen Erkrankten Physiotherapie verordnet bekommt (246 je 1.000 Männer), sind es bei den weiblichen Erkrankten mit einem Drittel (332 je 1.000 Frauen) deutlich mehr.

Podologie

Knapp 1,7 Millionen podologische Leistungen mit zusammen 6,57 Millionen Behandlungssitzungen wurden 2018 von den GKV-Versicherten in Anspruch genommen (AOK: 771.150 Leistungen, 2,96 Mio. Behandlungen). Die Therapien haben einen Gegenwert von 205 Millionen Euro (AOK: 92,4 Mio. Euro). Auf 1.000 Versicherte entfielen jeweils 23,2 Leistungen mit zusammen 90,2 Behandlungen und einem Umsatz von 2.817 Euro. Eine durchschnittliche podologische Leistung kostete ohne Zusatzleistungen wie Hausbesuche oder Wegepauschalen 115,22 Euro (AOK: 112,64 Euro).

Rund 771.150 podologische Leistungen wurden für AOK-Versicherte abgerechnet. Verteilt auf die 392.700 Patienten nahm ein Patient durchschnittlich jeweils 2,0 Leistungen mit zusammen 7,5 Behandlungen in Anspruch. Die jährlichen Kosten je AOK-Patient summierten sich auf 235 Euro.

Spezielle Patientengruppen: Kinder und Senioren

Gut 395.000 AOK-versicherte Kinder bis einschließlich 14 Jahre nahmen eine Heilmittelleistung in Anspruch. Die durchschnittliche Patientenrate lag damit bei 108 Patienten je 1.000 Versicherte; bei den Jungen bei 126 Heilmittelpatienten je 1.000 und bei den Mädchen bei 87 je 1.000. Rund 1,17 Mio. Leistungen sind für AOK-versicherte Kinder abgerechnet worden, je 1.000 Kinder 317 Leistungen. Gegenüber dem Vorjahr liegt die Patientenrate damit um 5,3 Prozent niedriger und die Anzahl der Leistungen je 1.000 Kinder sank um 6,7 Prozent. Für knapp 223.650 Kinder und damit für mehr als die Hälfte der Kinder mit Heilmitteltherapie waren Entwicklungsstörungen (ICD-F80-F89) der Anlass der Verordnung (56,6 Prozent). Innerhalb dieser Diagnosegruppe sind Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache der häufigste Behandlungsanlass – bei 40,5 Prozent aller Kinder mit Heilmitteltherapie.

Gut 2,3 Mio. AOK-Versicherte ab 60 Jahre waren 2018 Heilmittelpatienten, je 1.000 Versicherte dieser Altersgruppe waren das 301 Patienten. Insgesamt durchliefen die Heilmittelpatienten ab 60 Jahre gut 8,1 Mio. Leistungen. Bei durchschnittlich 1.045 Leistungen je 1.000 Versicherte lag die Inanspruchnahme der 60- bis über 90-Jährigen. Vorrangig wurden physiotherapeutische Maßnahmen durchlaufen: 869 physiotherapeutische Leistungen je 1.000 Versicherte. Dabei war mit gut 3,4 Millionen Leistungen die normale Krankengymnastik die häufigste Therapieform, sie wurde von 1,4 Mio. Versicherten ab 60 Jahre in Anspruch genommen.

2 Überblick über die Heilmittelverordnungen von 2018

Heilmittel umfassen Leistungen der Ergotherapie, der Physikalischen Therapie und Physiotherapie, der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie, der Podologie und der Ernährungstherapie, die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 92 Absatz 6 (SGB V) verordnet werden. Die Heilmitteldaten, die hier zur Darstellung der Inanspruchnahme verwendet werden, sind Routinedaten der Heilmittelversorgung der gesetzlich Versicherten, die die Leistungserbringer 2018 nach § 302 SGB V abgerechnet haben. In der Regel werden für die folgenden Darstellungen die Heilmitteldaten des GKV-Heilmittelinformationssystems (GKV-HIS¹) herangezogen, die die Heilmittelverordnungen aller gesetzlichen Versicherten umfassen. Für tiefergehende Analysen, die einen

Kassenarten- und Versichertenbezug benötigen, beispielsweise die Diagnose oder das Geschlecht, werden die Heilmitteldaten des AOK-Heilmittel-Informationssystems (AOK-HIS²) verwendet.³

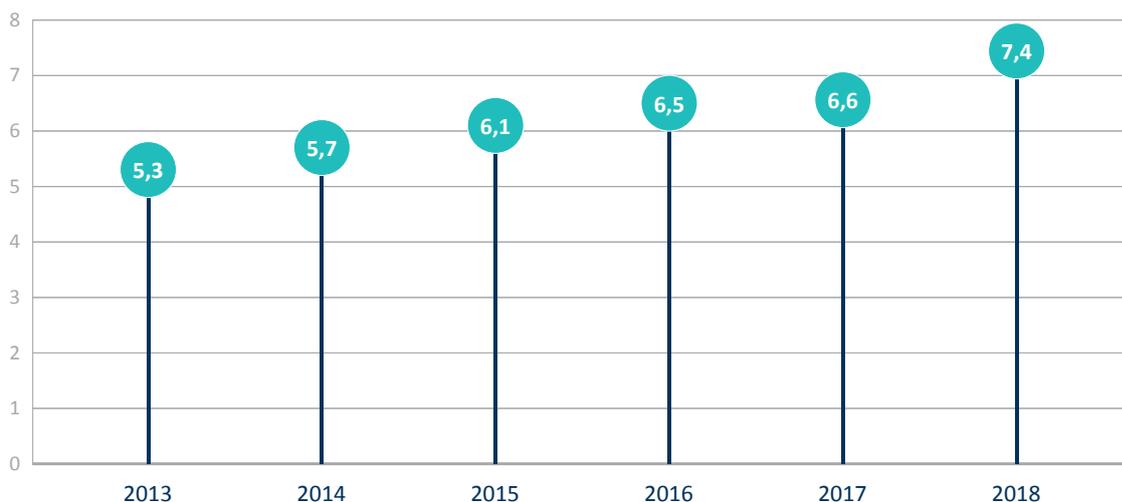
2.1 Verordnungen und Umsatz

Die Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenkassen beliefen sich 2018 laut Bundesgesundheitsministerium insgesamt auf 222 Mrd. Euro. Davon entfiel der vergleichsweise kleine Anteil von 3,3 Prozent auf Ausgaben für Heilmittelleistungen (7,45 Mrd. Euro) (Abb. 1).⁴

Abbildung 1: Heilmittelausgaben (GKV, 2013 bis 2018)

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, Kennzahlen und Faustformeln (2019)

Heilmittelausgaben in Mrd. Euro



1 <https://www.gkv-heilmittel.de>

2 <https://www.wido.de/forschung-projekte/heilmittel/his/>

3 Zur Datenbasis siehe Kapitel 9: Rechtliche und technische Rahmenbedingungen

4 <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/kennzahlen-daten-bekanntmachungen.html>
Angaben beinhalten auch Schätzungen (KV 45). Hier zur Einordnung der Heilmittelausgaben angegeben.

Im Jahr 2018 wurde insgesamt ca. 36,6 Millionen Mal ein Rezept zur Heilmitteltherapie für einen der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung ausgestellt (GKV-HIS). Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte verordneten etwa 42 Millionen Leistungen, davon 15,4 Millionen an AOK-Versicherte. Bei durchschnittlich sieben Behandlungssitzungen je Leistung wurden damit knapp 292 Mio. einzelne Behandlungen zu Lasten der GKV erbracht (AOK: 106 Millionen). Bezieht man die einzelnen Heilmittelbehandlungen auf alle 72,8 Millionen GKV-Versicherten (AOK: 27,1 Mio. Versicherte), so hat jeder GKV-Versicherte rein rechnerisch 0,58 Leistungen mit zusammen 4,01 Behandlungen erhalten (AOK: 3,2 Behandlungen).

Innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung betrug der Heilmittelumsatz 2018 in der Summe 7,25 Milliarden Euro (Umsatz der AOK-Versicherten: 2,7 Milliarden Euro). Bezogen auf alle GKV-Versicherten wurden von jeweils 1.000 Versicherten Therapien im Gegenwert von 99.547 Euro in Anspruch genommen (AOK: 99.200 Euro). Der absolute Umsatz der Heilmitteltherapien zu Lasten der AOK hat sich gegenüber dem Vorjahr um 10,4 Prozent erhöht, der Heilmittelumsatz je 1.000 AOK-Versicherte in diesem Zeitraum um 7,7 Prozent.

Abbildung 2: Anteil je GKV-Versicherter (GKV, 2018)

Quelle: GKV-HIS 2019, eigene Berechnungen

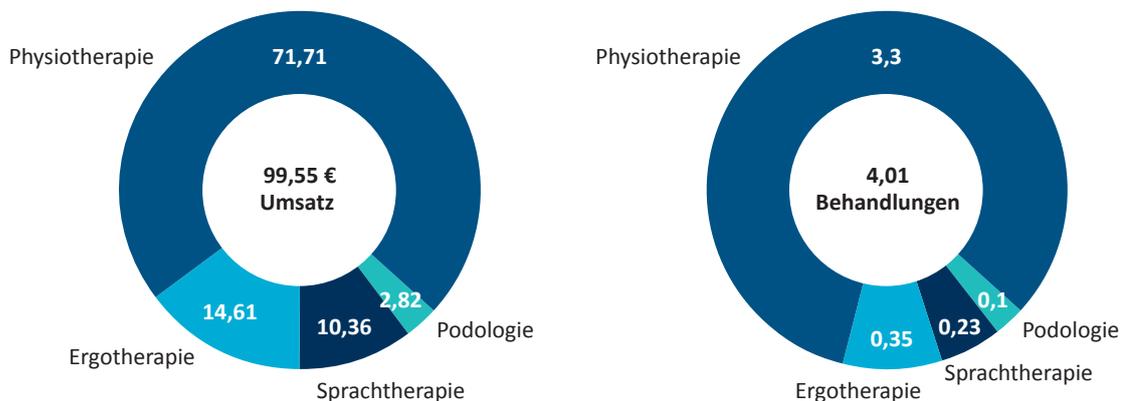
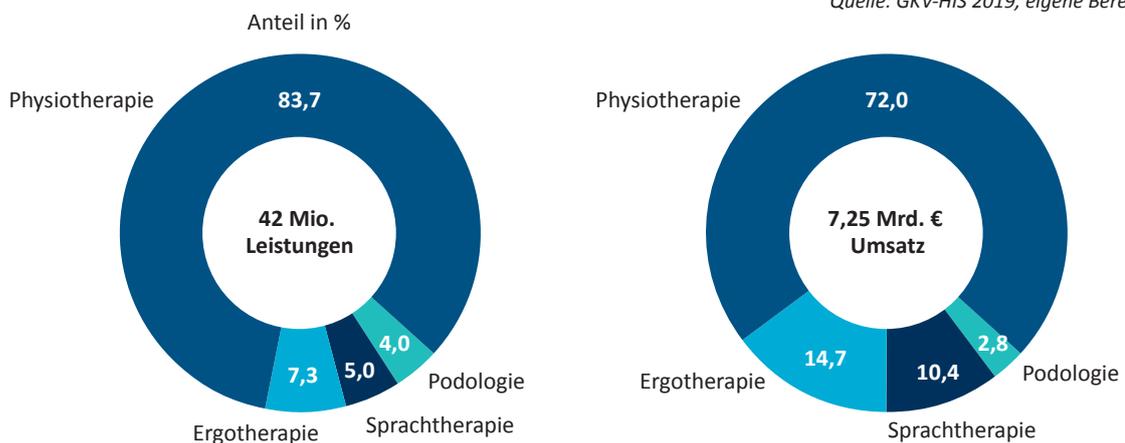


Abbildung 3: Anteil der Leistungsbereiche (GKV, 2018)

Quelle: GKV-HIS 2019, eigene Berechnungen



Der Anteil der vier Leistungsbereiche an der Heilmittelversorgung ist unterschiedlich groß. Betrachtet man die Inanspruchnahme nach der kleinsten vergleichbaren Einheit, der einzelnen Behandlungssitzung, wurde 2018 rein rechnerisch jeder GKV-Versicherte mit 3,3 physiotherapeutischen Behandlungen versorgt. Nur 0,35 Behandlungen je GKV-Versicherter stammen aus dem Bereich der Ergotherapie, 0,23 Behandlungen aus dem sprachtherapeutischen Bereich und 0,1 aus dem Leistungsbereich Podologie (Abb. 2).

Ergotherapie und Sprachtherapie bilden mit einem Anteil von 7,3 Prozent (AOK: 7,6 Prozent) bzw. 5,0 Prozent (AOK: 5,7 Prozent) kleine Segmente des Verordnungsumfanges. Ihr Umsatzanteil betrug 14,7 Prozent (Ergotherapie) bzw. 10,4 Prozent (AOK: 15,5 Prozent bei Ergotherapie und 11,5 Prozent bei Sprachtherapie) (siehe Abb. 3).

Eine sprachtherapeutische Leistung für gesetzlich Versicherte kostete abgerechnet im Jahr 2018 ohne Zusatzleistungen – wie Hausbesuche und Wegegelder – im Durchschnitt 335 Euro. Eine durchschnittliche ergotherapeutische Leistung kostete 313

Euro und eine physiotherapeutische Leistung kostete 137 Euro. Eine podologische Leistung kostete durchschnittlich gesehen 115 Euro.

Rein rechnerisch erhielten jeweils 1.000 AOK-Versicherte 2018 durchschnittlich 567 Leistungen, inklusive Podologie (Abb. 4). Die Inanspruchnahme physiotherapeutischer Therapien zeigt über mehrere Jahre immer wieder moderate Schwankungen und zuletzt eine leichte Abnahme: 2018 wurden für 1.000 AOK-Versicherte 463,6 physiotherapeutische Leistungen abgerechnet und damit rund vier Prozent weniger als im Vorjahr. Die sprachtherapeutische Inanspruchnahme stieg von 2007 bis 2013 auf fast 38 Leistungen je 1.000 Versicherte kontinuierlich an und sinkt seither: 2018 erhielten 1.000 AOK-Versicherte jeweils 32,1 sprachtherapeutische Leistungen. Das entspricht einem Rückgang zum Vorjahr von 6,1 Prozent. Die Ergotherapie zeigt eine leichte Zunahme von 1,4 Prozent bei der Inanspruchnahme im Vergleich zu 2017: jeweils 1.000 AOK-Versicherte erhielten 2018 42,8 Leistungen. Jeweils 1.000 AOK-Versicherte erhielten rein rechnerisch 28,4 podologische Leistungen.

Abbildung 4: Verordnete Leistungen je 1.000 Versicherte nach Leistungsbereichen (AOK, 2013 bis 2018)

Quelle: AOK-HIS 2019

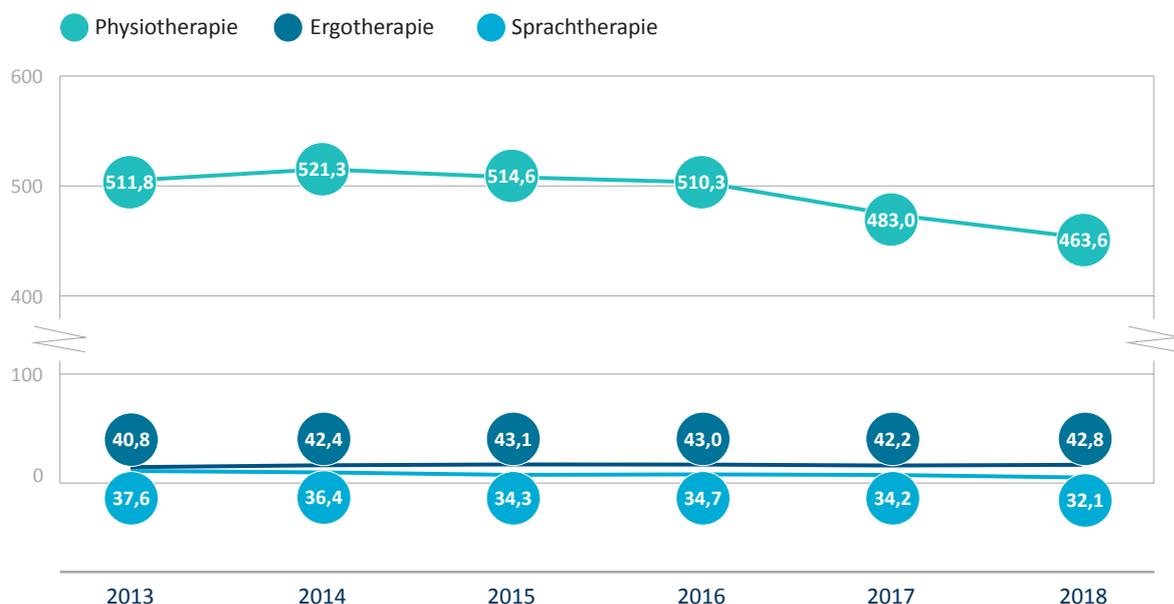
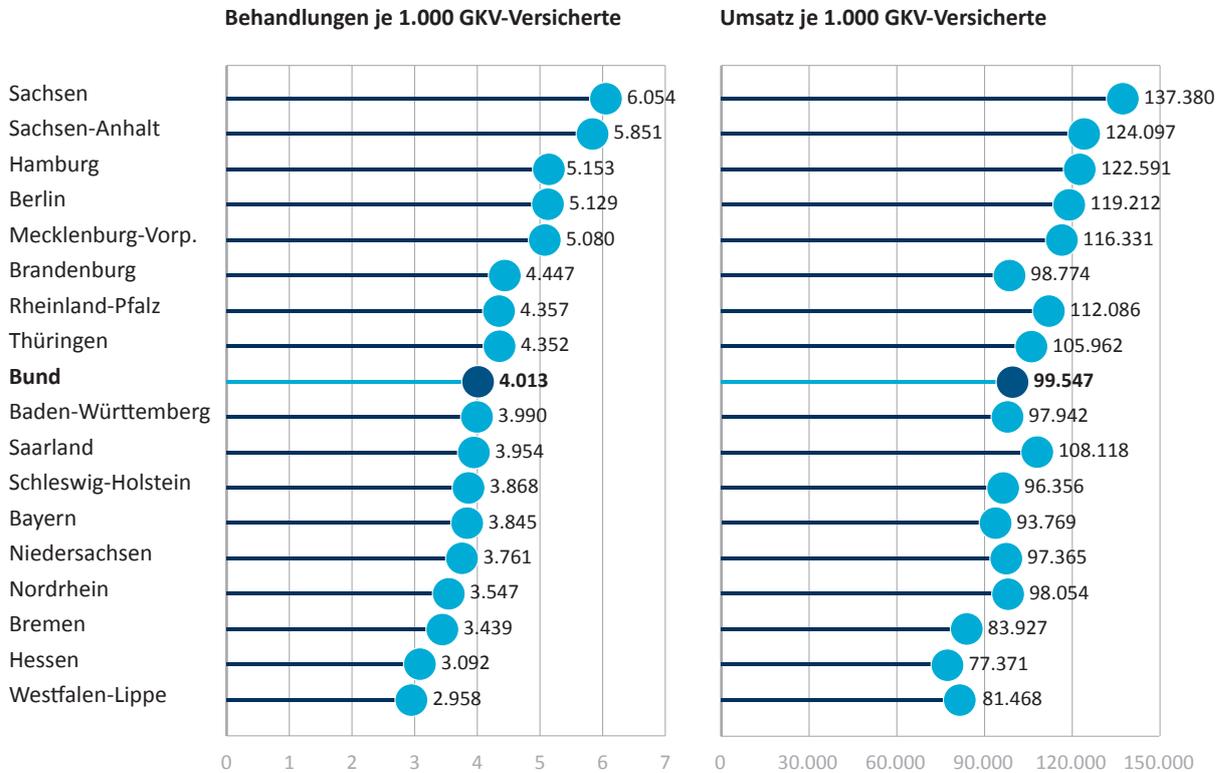


Abbildung 5: Behandlungen und Umsatz nach Regionen (GKV, 2018)

Quelle: GKV-HIS 2019, eigene Berechnungen



Die Anzahl der Heilmittelbehandlungen je GKV-Versicherter lag in allen Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) der neuen Bundesländer über dem Durchschnittswert von vier Behandlungen bzw. 4.013 Behandlungen je 1.000 GKV-Versicherte. An erster Stelle stand Sachsen (6.054 Behandlungen). Von den alten Bundesländern standen die beiden Großstädte Hamburg und Berlin mit mehr als 5.100 Behandlungen an der Spitze. Eine weit unterdurchschnittliche Rate findet sich bei den KVen Hessen und Westfalen-Lippe (3.092 bzw. 2.958 Behandlungen je 1.000 Versicherte) (Abb. 5).

2.2 Facharztgruppen, Leistungserbringer und Patienten

Verordnende Facharztgruppen

Im Jahr 2018 haben sich laut Bundesarztregister vom 31.12.2018 rund 148.600 Ärzte – zumindest theoretisch – an der vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlich Versicherten beteiligt. Rein rechnerisch hat jeder Arzt 2018 283 Heilmitteltherapien für gesetzlich Versicherte veranlasst. Die Beteiligung der Fachdisziplinen war unterschiedlich: Die größte Facharztgruppe – mit einem Anteil von 26,3 Prozent an allen Ärzten – bildeten die Allgemeinmediziner, die auch in der Verordnungsstatistik den ersten Rang belegten (Abb. 6). Gut 34 Prozent aller Heilmittelverordnungen gingen auf Allgemeinmediziner und Praktische Ärzte zurück, durchschnittlich 365 Leistungen je Arzt. Eine weitere verordnungsintensive – mit einem Anteil an allen Ärzten von 5,4 Prozent eher kleine – Facharztgruppe stellten die Ortho-

päden dar. Diese haben 2018 durchschnittlich je Arzt 1.413 Heilmittelleistungen verordnet und damit gut ein Viertel (27,2 Prozent) der Heilmittelverordnungen zu Lasten der GKV veranlasst (siehe Tabelle 1 im Tabellenanhang).

Sonstige Leistungserbringer

Die hier dargestellten Anzahlen der Leistungserbringer (Therapeuten) können nur anhand der Institutskennzeichen (IK) in den Abrechnungsdaten der AOK

ermittelt werden. Bei den vorliegenden Berechnungen wird das IK jeweils mit einer Praxis gleichgesetzt, in der allerdings unbekannt viele Personen therapeutisch tätig sein können. Andererseits kann ein Leistungserbringer auch unter mehreren IKs abrechnen. Die Leistungserbringerzahlen sind deshalb schwer zu interpretieren. Eine Zunahme von abrechnenden IKs könnte auf eine Zunahme von kleineren Praxen hindeuten.

Abbildung 6: Anteil an Verordnungen nach Facharztgruppen (GKV, 2018)

Quelle: GKV-HIS 2019

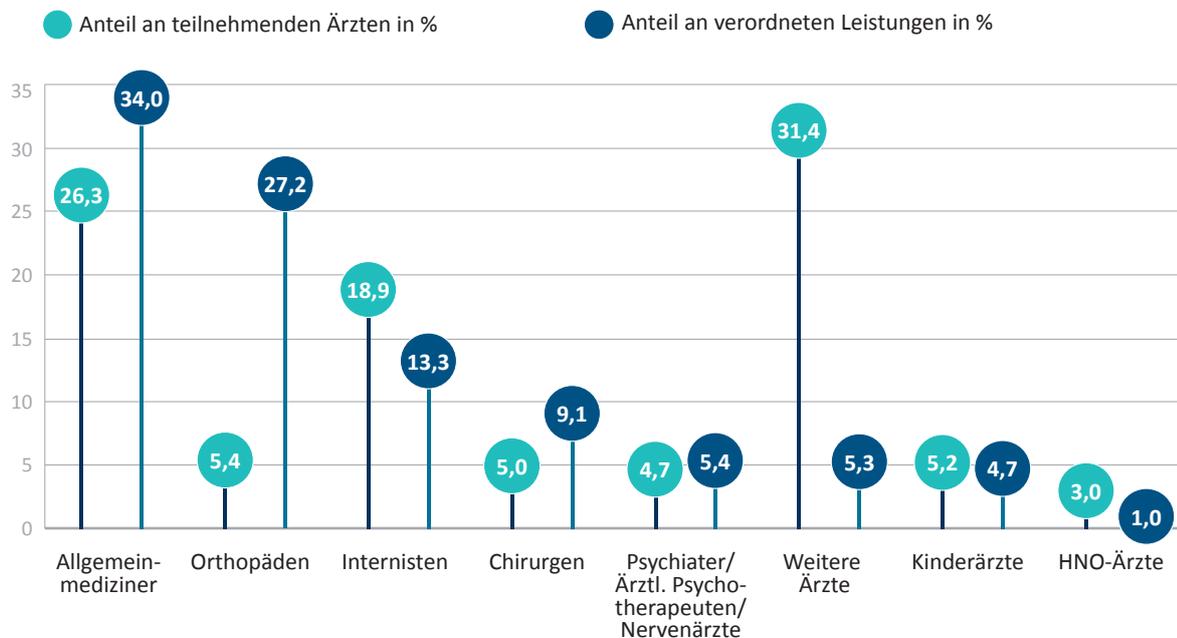
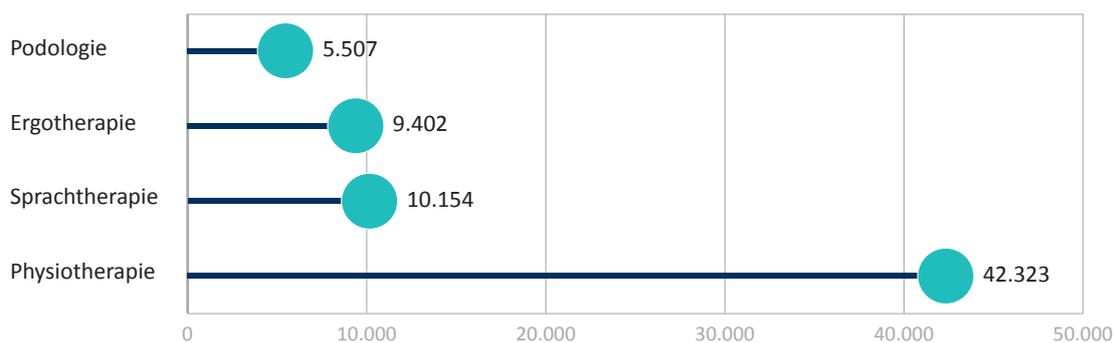


Abbildung 7: Leistungserbringer* (AOK, 2018)

*Institutskennzeichen, inkl. Krankenhäuser

Quelle: AOK-HIS 2019



Im Jahr 2018 haben insgesamt 67.103 Leistungserbringer Heilmitteltherapien mit der AOK abgerechnet (Abb. 7). Darin enthalten sind 940 Krankenhäuser, die an der ambulanten Heilmittelversorgung teilgenommen haben. Die physiotherapeutischen Therapien wurden von 42.323 Praxen (inklusive Krankenhäusern) erbracht. In der Sprachtherapie wurden die AOK-Versicherten in insgesamt 10.154 Praxen (inklusive Krankenhäuser) von Sprachtherapeuten, Logopäden, Pädaudiologen oder Sprachheilbehandlern therapiert. Im Bereich der Ergotherapie behandelten Beschäftigungs- und Suchttherapeuten in 9.402 Praxen die AOK-Versicherten. Die podologischen Leistungen wurden von 5.507 Praxen erbracht. Insgesamt stellten damit 67.386 Anbieter von Heilmittelleistungen in Praxen (genauer: Institutskennzeichen, Krankenhäuser mitgezählt) im Jahr 2018 die Versorgung sicher. Diättherapeuten werden wegen der noch geringen Nachfrage hier nicht extra ausgewiesen. Die Entwicklung der Leistungserbringerzahlen im Zeitverlauf zeigt Tabelle 2 (Tabellenanhang).

Heilmittelpatienten (AOK)

Bei den Heilmittelverordnungen der AOK kann die Inanspruchnahme auf die Heilmittelpatienten eingegrenzt werden: Patientenrate und die Pro-Kopf-Kennzahlen des Verordnungsgeschehens können sich auf die Versicherten beziehen, die auch tatsächlich Heilmittel erhalten haben.

Im Jahr 2018 wurde 5,03 Millionen AOK-Versicherten mindestens eine Heilmittelleistung verordnet (Abb. 8). Dies entspricht einer Patientenrate von 186 Patienten je 1.000 Versicherte. Bei den weiblichen Versicherten lag die Patientenrate bei 220 Patienten je 1.000 Versicherten, bei den männlichen Versicherten bei 150 je 1.000. Gegenüber dem Vorjahr ist die Patientenrate um knapp drei Prozent gesunken. Von den 5,03 Mio. Heilmittel-Patienten 2018 waren 60 Prozent weiblich. Die Patientenrate bei Kindern zeigt ein umgekehrtes Geschlechterverhältnis als der Überblick über alle Altersgruppen: Kinder bis einschließlich 14 Jahre stellten 7,8 Prozent der Patienten, davon waren 60,6 Prozent Jungen.

Abbildung 8: Heilmittelpatienten je 1.000 Versicherte nach Alter und Geschlecht (AOK, 2018)

Quelle: AOK-HIS 2019

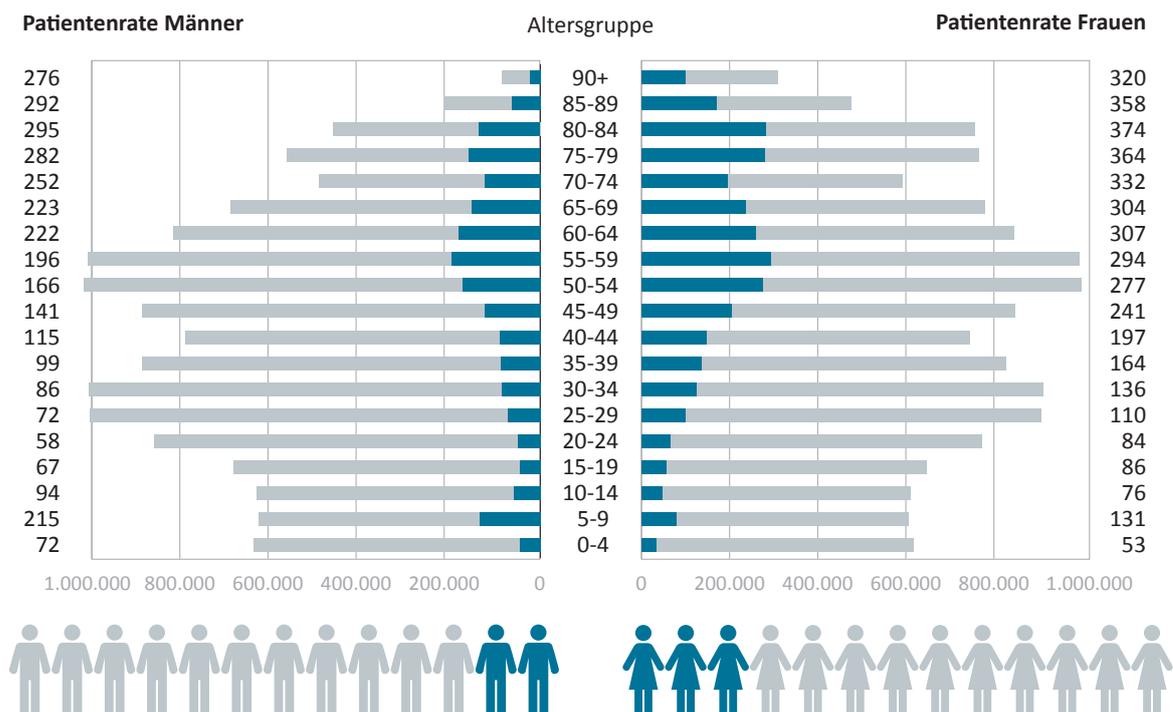
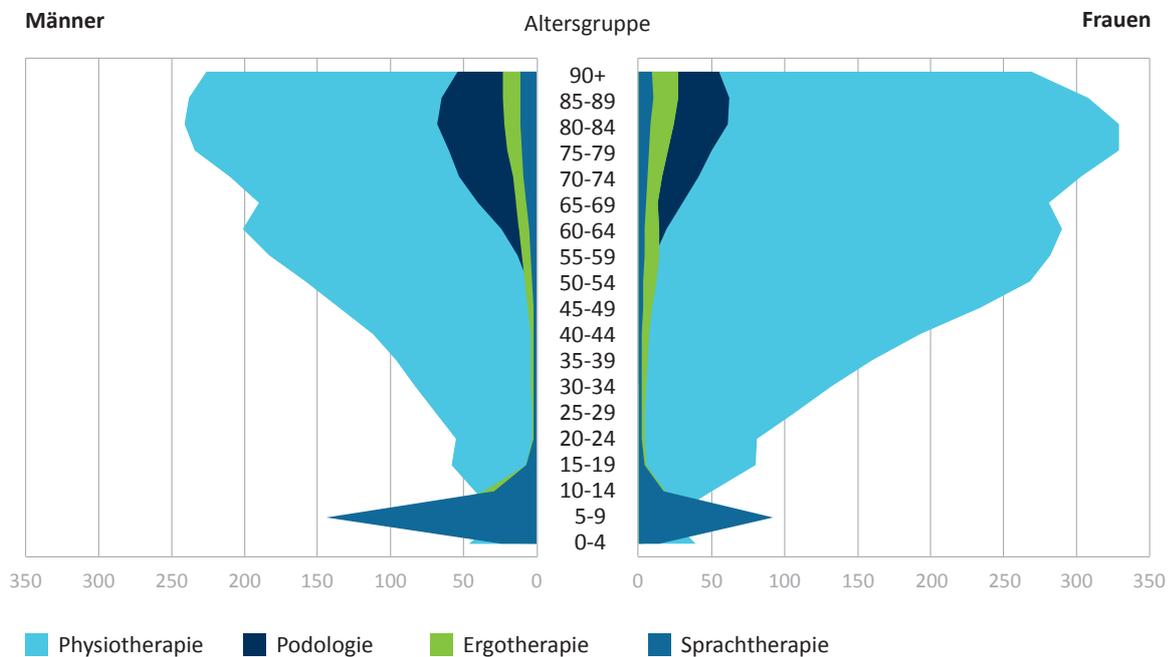


Abbildung 9: Patienten je 1.000 Versicherte nach Leistungsbereichen (AOK, 2019)

Quelle: AOK-HIS 2019



Die insgesamt 15,4 Millionen Heilmittelleistungen für AOK-Versicherte erreichten ein Kostenvolumen von 2,7 Milliarden Euro. Die Behandlungsintensität hat sich gegenüber dem Vorjahr nicht verändert: Rechnerisch hat jeder Heilmittelpatient im Durchschnitt 3,1 Leistungen mit zusammen 21,2 einzelnen Behandlungen in Anspruch genommen. Die jährlichen Kosten je Patient lagen durchschnittlich bei 535 Euro.

In der Abbildung 9 wird über alle Altersgruppen hinweg aufgefächert dargestellt, in welchem Lebensalter jeweils welcher Leistungsbereich vorrangig von den Versicherten in Anspruch genommen wird. Für Kinder sind die Maßnahmen der Ergotherapie und der Sprachtherapie von großer Bedeutung (siehe Kapitel 8.1). Während Personen zwischen 20 und 40 vergleichsweise wenig Heilmittel in Anspruch nehmen, werden mit steigendem Alter der Versicherten zunehmend Physiotherapien verordnet. Ab Mitte sechzig steigt auch die Rate der Patienten mit

podologischen Leistungen an. Neben podologischen Maßnahmen für den diabetischen Fuß sind physiotherapeutische Maßnahmen das am häufigsten eingesetzte Heilmittel in den höheren Lebensaltern. Ergotherapie und Sprachtherapie werden im höheren Alter im Vergleich zu den mittleren Jahrgängen wieder häufiger verordnet, erreichen aber nicht den Verordnungsumfang der frühen Lebensjahre. Tabelle 3 weist die Patientenrate nach Altersgruppen je Leistungsbereich aus (Tabellenanhang).

3 Ergotherapie

3.1 Leistungen und Umsatz

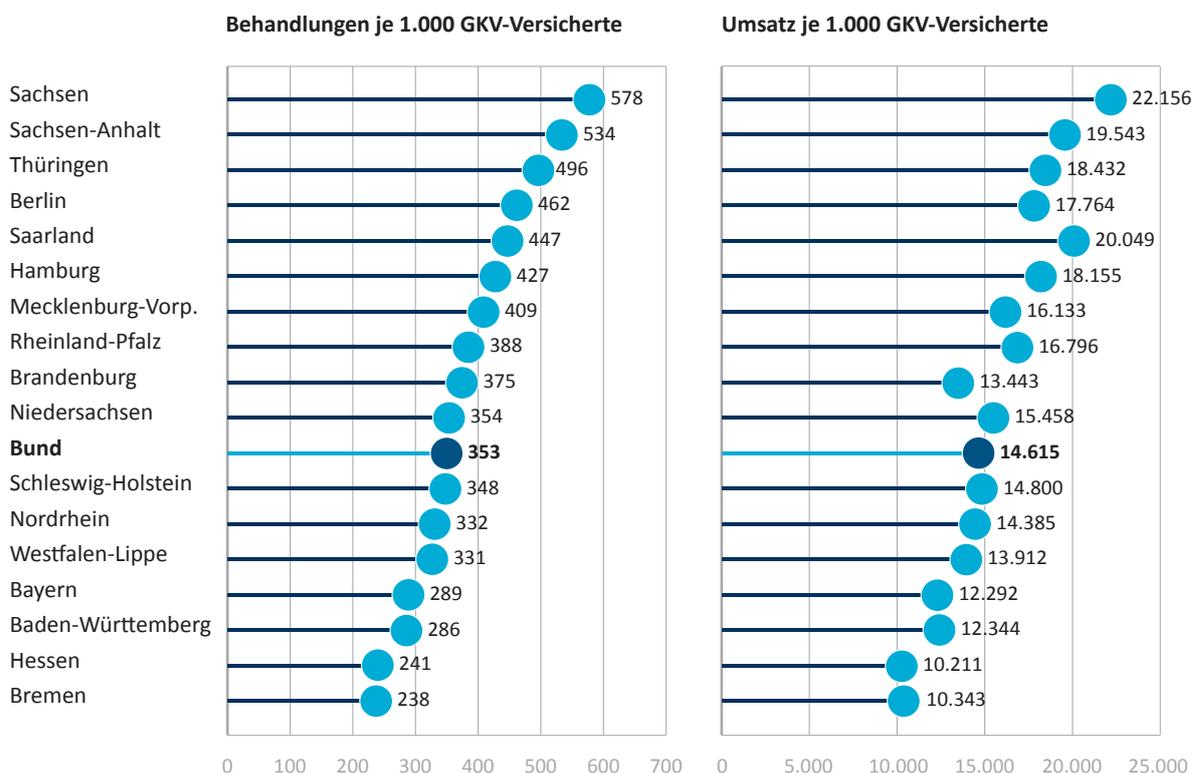
Die Maßnahmen der Ergotherapie kommen bei Störungen im Bereich der Motorik, der Wahrnehmung durch die Sinnesorgane sowie bei Störungen der geistigen und psychischen Fähigkeiten zum Einsatz. Handwerklich-gestalterische Techniken werden verwendet, um physische und psychische Einschränkungen zu behandeln und größtmögliche Selbständigkeit in Berufs- und Privatleben zu erhalten oder (wieder) zu erreichen.

Von den insgesamt 42 Millionen Heilmittelleistungen, die GKV-Versicherte 2018 in Anspruch genommen haben, entfielen auf den Bereich der Ergotherapie 3,06 Millionen Leistungen (AOK: 1,16 Mio.

Leistungen) mit einem Umfang von 25,7 Millionen Behandlungen (AOK: 9,7 Mio. Behandlungen). Jeweils 1.000 GKV-Versicherte durchliefen im Durchschnitt 353 ergotherapeutische Behandlungen in 42,1 Leistungen. Der Umsatz für die Versorgung der GKV-Versicherten mit ergotherapeutischen Maßnahmen belief sich auf 1,06 Mrd. Euro. Damit betrug der Anteil der Ergotherapie 14,7 Prozent des gesamten Heilmittelumsatzes von 7,25 Milliarden Euro. Die durchschnittlichen Kosten für eine ergotherapeutische Leistung ohne Zusatzleistungen, wie z. B. Hausbesuchspauschalen oder Wegegeder, lagen bei 313,30 Euro (AOK: 322,72 Euro), mit Zusatzleistungen bei 347,36 Euro (AOK: 358,74 Euro). Der Umsatz je 1.000 GKV-Versicherte lag 2018 bei 14.615 Euro (AOK: 15.362 Euro).

Abbildung 10: Regionale Unterschiede bei ergotherapeutischen Behandlungen und Kosten (GKV, 2018)

Quelle: GKV-HIS 2019, eigene Berechnungen



Verteilt man die 1.160.850 ergotherapeutischen Leistungen zu Lasten der AOK auf die 359.200 ergotherapeutischen Patienten unter den AOK-Versicherten, so hat ein Patient durchschnittlich 3,2 Leistungen mit zusammen 27,0 Behandlungen erhalten. Die jährlichen Therapiekosten beliefen sich 2018 auf durchschnittlich 1.159 Euro je ergotherapeutischer Patient.

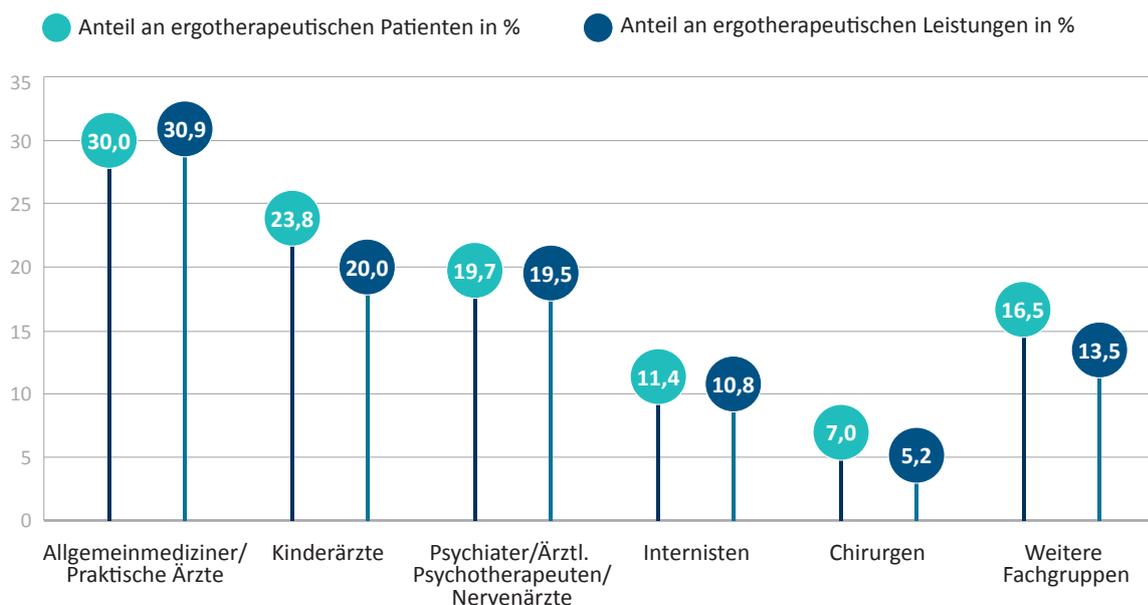
Zum Vergleich der Inanspruchnahme in den einzelnen KV-Regionen wird hier die Kennzahl „Behandlung je 1.000 Versicherte“ herangezogen (Abb. 10). Der Bundesdurchschnitt liegt bei 353 ergotherapeutischen Behandlungen je 1.000 GKV-Versicherte. Mit 578 Behandlungen liegt die KV Sachsen weit an der Spitze. Alle anderen KVen der neuen Bundesländer sowie die beiden größten Städte Hamburg und Berlin lagen bei der Inanspruchnahme ebenfalls über dem Bundesdurchschnitt. Die Versicherten in den KVen Hessen und Bremen nahmen weit unterdurchschnittlich häufig Ergotherapien in Anspruch (KV Bremen: 238).

3.2 Facharztgruppen und Patienten

Bei den ergotherapeutischen Leistungen für AOK-Versicherte veranlassen einzelne Fachgruppen einen Großteil des ergotherapeutischen Volumens (Abb. 11). Allgemeinmediziner und Praktische Ärzte versorgten 30,0 Prozent der ergotherapeutischen Patienten und veranlassten dazu 30,9 Prozent der Leistungen. Die vergleichsweise wenigen Ärzte der Kinder- und Jugendmedizin verordneten – entsprechend dem großen Anteil kindlicher Patienten in der Ergotherapie – ein Fünftel der Leistungen (20,0 Prozent) und versorgten damit fast ein Viertel der ergotherapeutischen Patienten (23,8 Prozent). Eine dritte – ebenfalls sehr kleine – Facharztgruppe, die Psychiater, Ärztlichen Psychotherapeuten und Nervenärzte, verordneten einem Fünftel der Patienten (19,7 Prozent) Ergotherapien.

Abbildung 11: Ergotherapeutische Patienten und Leistungen nach Facharztgruppen (AOK, 2018)

Quelle: AOK-HIS 2019



Auf jeweils 1.000 AOK-Versicherte kommen 13 ergotherapeutische Patienten (Männer: 14 und Frauen: 13). Die Patientenrate erreicht in der Altersgruppe der Fünf- bis Neunjährigen einen Spitzenwert: 63 Patienten je 1.000 Versicherte, bei den Jungen 88 je 1.000 und bei den Mädchen 37 je 1.000. Auch bei den Zehn- bis Vierzehnjährigen ist die Patientenrate noch vergleichsweise hoch; eine so hohe Patientenrate wird in den sehr hohen Lebensaltern trotz dann ansteigender Rate nicht mehr erreicht (zu den ergotherapeutischen Patientenraten je Altersgruppe siehe Tabelle 3 im Tabellen-Anhang). Im Vergleich zum Vorjahr ist die Patientenrate je 1.000 Versicherte um 2,3 Prozent gestiegen.

Entsprechend der Patientenrate erhalten männliche Versicherte mit 44 Leistungen je 1.000 Versicherte insgesamt mehr ergotherapeutische Leistungen als weibliche mit 42 Leistungen je 1.000 Versicherte. Jungen der Altersgruppe fünf bis neun Jahre erhielten 250 Leistungen je 1.000 Versicherte und gleichaltrige Mädchen 104 Leistungen je 1.000. Betrachtet man nur die tatsächlichen Patienten der Ergotherapie, dann zeigen sich diese geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Inanspruchnahme nicht mehr. Durchschnittlich 3,2 Leistungen nahmen die männlichen Patienten 2017 in Anspruch gegenüber 3,3 Leistungen bei den weiblichen Patienten. Die fünf- bis neun-jährigen Patienten nahmen durchschnittlich 2,8 Leistungen in Anspruch – sowohl Jungen als auch

Mädchen. Jungen sind demnach häufiger, aber nicht schwerer betroffen (siehe zu den Leistungen nach Altersgruppen auch Tabelle 10 und 11 im Tabellenanhang). Die Leistungen je 1.000 AOK-Versicherte haben insgesamt betrachtet um 1,4 Prozent im Vergleich zum Vorjahr zugenommen.

3.3 Diagnosen und ergotherapeutische Maßnahmen

Das Diagnosespektrum der ergotherapeutischen Verordnungen ist breit gefächert und ohne dominante Diagnose. Mit knapp 84.000 Leistungen sind Therapien aufgrund der ICD-Diagnose „G81 Hemiparese und Hemiplegie“ am häufigsten. Damit wurde der vergleichsweise kleine Anteil von 6,4 Prozent der Patienten versorgt (Abb. 12). Gemessen an der Zahl der versorgten Patienten ist die ICD-Diagnose „F82 Umschriebene Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen“ etwa genauso häufig der Anlass für eine Ergotherapie (6,5 Prozent der Patienten), mit knapp 58.000 Leistungen ist der Verordnungsanteil aber geringer. An dritter Stelle folgen die ebenfalls jungen Patienten mit der Diagnose „F90 Hyperkinetische Störungen“. Tabelle 4 zeigt die Kennzahlen der häufigsten ergotherapeutischen Diagnosen (Tabellen-Anhang).

Abbildung 12: Die fünf häufigsten Diagnosen bei ergotherapeutischen Patienten (AOK,2018)

Quelle: AOK-HIS 2019

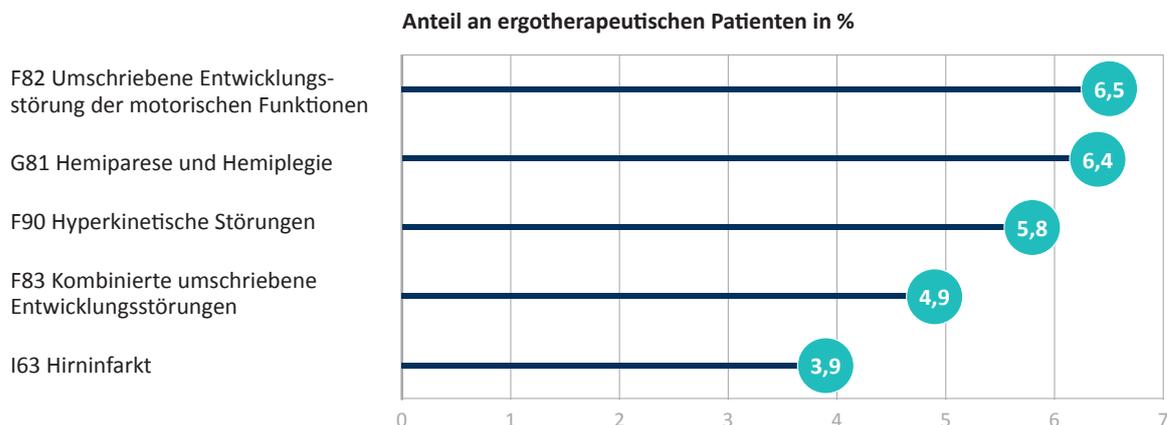
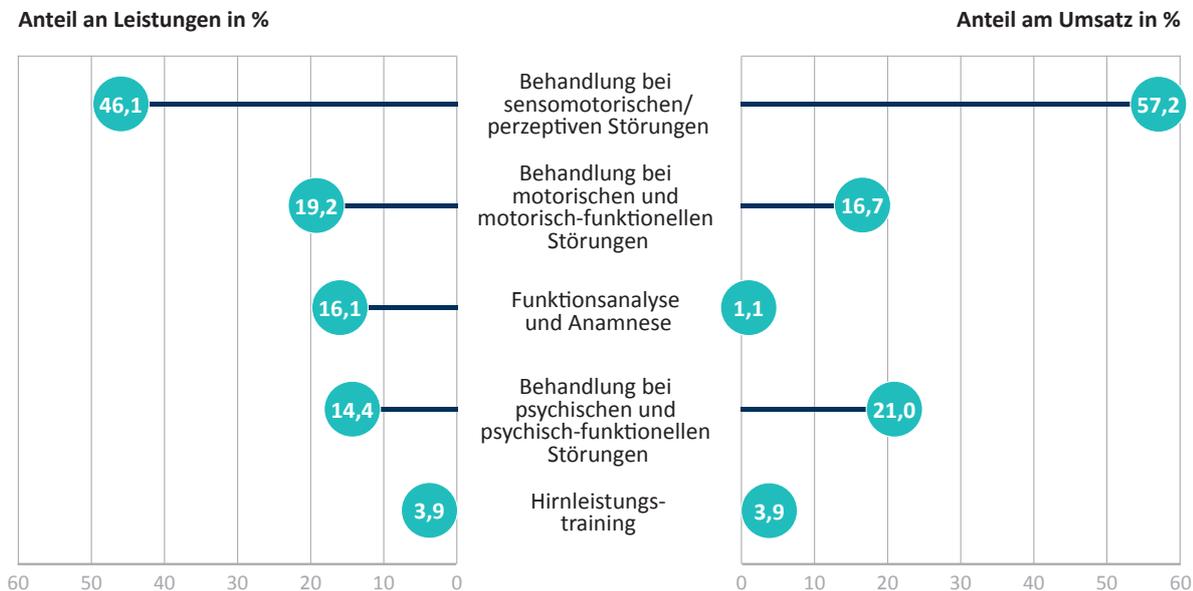


Abbildung 13: Die häufigsten ergotherapeutischen Maßnahmen, Leistungen und Umsatz* (AOK, 2018)

*ohne Zusatzleistungen

Quelle: AOK-HIS 2019



Für gut 178.400 AOK-Versicherte rechnete ein Leistungserbringer eine Erstuntersuchung/Befunderhebung ab. Fast die Hälfte der ergotherapeutischen Patienten des Jahres 2018 nahm diese Leistung in Anspruch (49,7 Prozent). Ein Großteil der Erstuntersuchungen wurde aufgrund von Diagnosen verordnet, die dem Spektrum der kindlichen Entwicklungsstörungen zuzuordnen sind: „F82 Umschriebene Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen“, „F83 Kombinierte Entwicklungsstörungen“ und „F90 Hyperkinetische Störungen“. Aufgrund der Einmaligkeit der Befunderhebung erreicht der Leistungsanteil 16,1 Prozent. Innerhalb der infolge

einer Befundung verordneten ergotherapeutischen Maßnahmen dominiert die Behandlung bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen (Abb. 13). Knapp 189.500 Patienten, etwa 53 Prozent der ergotherapeutischen Patienten, nahmen diese Maßnahme in Anspruch (Mehrfachnennungen möglich). Mit 46,1 Prozent ist sie auch nach ihrem Anteil an den Leistungen die bei weitem häufigste Behandlung in der ergotherapeutischen Praxis. Nahezu alle Therapien werden als Einzelbehandlung ausgeführt: Gruppenbehandlungen machen in der Ergotherapie nur 2,0 Prozent der Leistungen aus.

4 Sprachtherapie

4.1 Leistungen und Umsatz

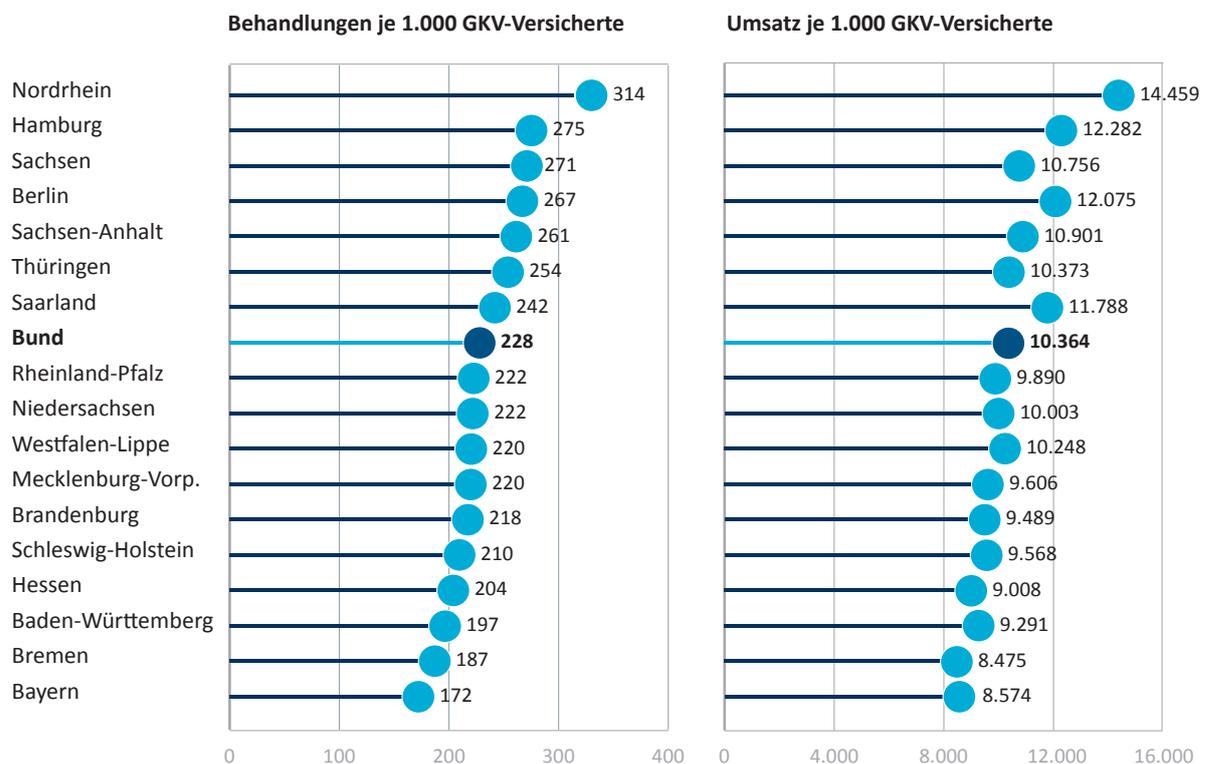
Unter Sprachtherapie sind hier alle Leistungen zur Behebung von Störungen des Sprechens, der Sprache, der Stimme und des Schlucktraktes subsummiert. Im Jahr 2018 wurden 2,1 Millionen (AOK: rund 870.900) der insgesamt 42 Millionen Heilmittelleistungen zur Therapie dieser Störungen verordnet. Das entspricht einem Volumen von rund 16,6 Millionen einzelnen Behandlungen (AOK: 7,0 Mio.). Im Durchschnitt entfielen 228 sprachtherapeutische Behandlungen in 28,8 Leistungen auf jeweils 1.000 GKV-Versicherte. Der Umsatz für die Versorgung der GKV-Versicherten mit sprachtherapeutischen Maßnahmen betrug 754,5 Millionen Euro (AOK: 308,5 Mio. Euro). Eine sprachtherapeutische Leistung –

ohne Zusatzleistung – kostete 2018 im Bundesdurchschnitt 334,92 Euro (AOK: 332,50 Euro), mit Zusatzleistung 359,86 Euro (AOK: 354,26 Euro). Der sprachtherapeutische Umsatz pro 1.000 GKV-Versicherte betrug 2018 10.364 Euro (AOK: 11.380 Euro).

Verteilt man die 870.900 sprachtherapeutischen Heilmittelleistungen zu Lasten der AOK nicht auf alle AOK-Versicherten, sondern ausschließlich auf die rund 297.150 tatsächlichen Patienten der Sprachtherapie, dann wurden jeweils 2,9 Leistungen mit zusammen 23,4 Behandlungssitzungen in Anspruch genommen. Die jährlichen Therapiekosten beliefen sich auf rund 1.038 Euro je sprachtherapeutischer Patient.

Abbildung 14: Regionale Unterschiede bei sprachtherapeutischen Behandlungen und Kosten (GKV, 2018)

Quelle: GKV-HIS 2019, eigene Berechnungen



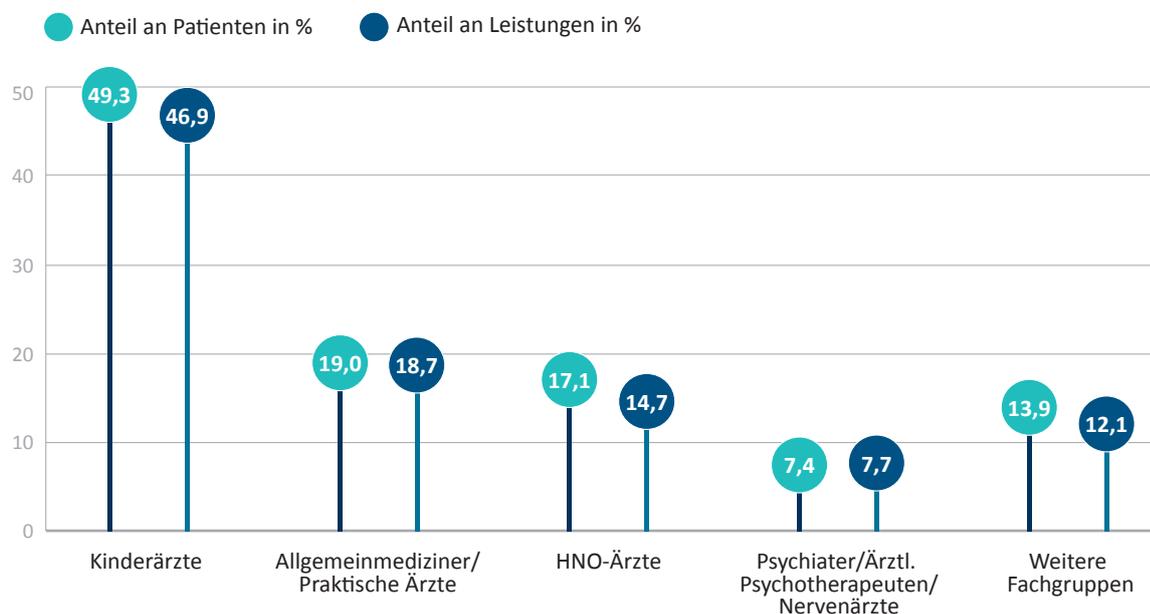
Im Bundesdurchschnitt lag die Inanspruchnahme von Sprachtherapie bei 28,8 Leistungen je 1.000 GKV-Versicherte. Für einen regionalen Vergleich nach Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) ist die einzelne Behandlungssitzung als Einheit besser geeignet: Rein rechnerisch wurden bundesweit rund 228 Behandlungen je 1.000 GKV-Versicherte in Anspruch genommen (Abb. 14). Die höchste Versorgungsrate mit 314 Behandlungen je 1.000 GKV-Versicherte ist in der KV Nordrhein zu erkennen. Ebenfalls weit überdurchschnittlich war die Inanspruchnahme in der KV Hamburg (275 Behandlungen) und in Sachsen (271 Behandlungen). Weit unterdurchschnittlich war die Inanspruchnahme in der KV Bayern mit 172 Behandlungen je 1.000 GKV-Versicherte.

4.2 Facharztgruppen und Patienten

Im Jahr 2018 haben die etwa 148.600 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte von den 2,1 Millionen sprachtherapeutischen Heilmittelleistungen für GKV-Versicherte rund 870.900 Leistungen für AOK-Versicherte veranlasst. Wie auch in anderen Leistungsbereichen sind einzelne Facharztgruppen erkennbar, die den Großteil der sprachtherapeutischen Leistungen verordneten: Die Gruppe der Kinder- und Jugendärzte mit einem Verordnungsanteil von 46,9 Prozent sprachtherapeutischer Heilmittelleistungen für AOK-Versicherte und einer Versorgung von 49,3 Prozent der sprachtherapeutischen Patienten kann als die am häufigsten verordnende Facharztgruppe identifiziert werden (Abb. 15). Anders als in der Ergotherapie oder Physiotherapie steht damit eine sehr kleine Facharztgruppe (Anteil an allen Ärzten: 5,2 Prozent) an der Spitze der verordnenden Ärzte. Allgemeinmediziner und Praktische Ärzte standen an zweiter Stelle; sie verordneten 19 Prozent der sprachtherapeutischen Patienten 18,7 Prozent der sprachtherapeutischen Leistungen. Die ebenfalls kleine Gruppe der HNO-Ärzte versorgte 17,1 Prozent der Sprachtherapie-Patienten.

Abbildung 15: Sprachtherapeutische Verordnungen und Patienten nach Facharztgruppen (AOK, 2018)

Quelle: AOK-HIS 2019



Die rund 297.150 AOK-Versicherten mit sprachtherapeutischen Leistungen im Jahr 2018 entsprechen einer Patientenrate von 11 Patienten je 1.000 AOK-Versicherte (Männer: 13 je 1.000 und Frauen: 9 je 1.000). Rund 58 Prozent der sprachtherapeutischen Patienten sind männlich. Neben der geschlechtsspezifischen Besonderheit gibt es auch eine spezifische Altersgruppe mit besonders hoher Patientenrate: 119 je 1.000 der Fünf- bis Neunjährigen nahmen sprachtherapeutische Leistungen in Anspruch, von den Jungen 144 je 1.000 und von den Mädchen 92 je 1.000 (siehe erneut Tabelle 3). Diese Patientenrate wird in keiner anderen Altersgruppe erreicht. Gegenüber dem Vorjahr ist die Patientenrate insgesamt um 6,3 Prozent gesunken.

Rund 870.900 sprachtherapeutische Leistungen mit knapp 7,0 Millionen einzelnen Behandlungen wurden von AOK-Versicherten in Anspruch genommen. Je 1.000 AOK-Versicherte sind das durchschnittlich 257 einzelne sprachtherapeutische Behandlungen in 32,1 Leistungen (Männer: 38 Leistungen, Frauen: 26 Leistungen). In der Gruppe der Fünf- bis Neunjährigen wurden entsprechend der hohen Patientenrate Jungen mit 421 Leistungen und Mädchen mit 265 Leistungen je 1.000 Versicherte therapiert. Insgesamt ist die Zahl der Leistungen je 1.000 AOK-Versicherte um 6,1 Prozent gegenüber dem Vorjahr

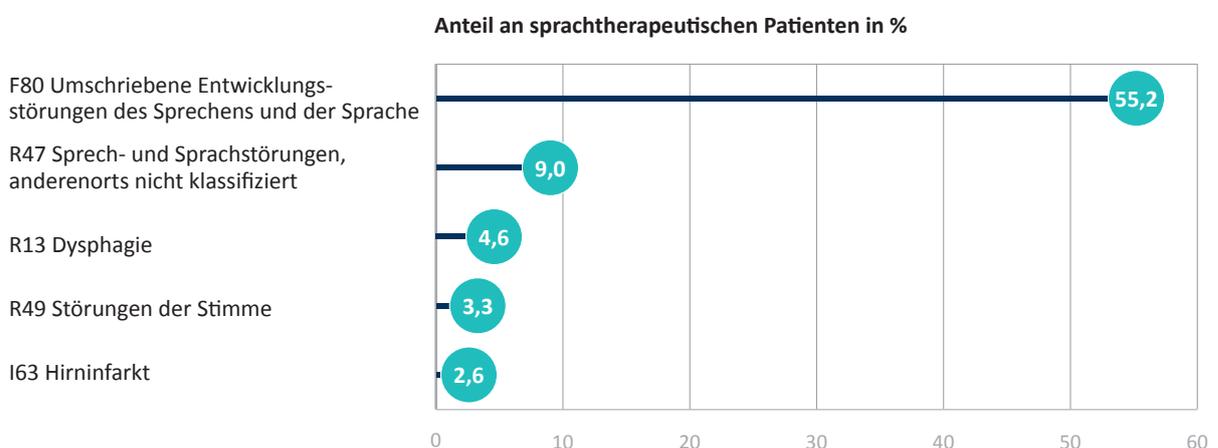
zurückgegangen, bei Frauen mit 7,6 Prozent stärker als bei Männern mit 5,1 Prozent (siehe dazu auch Tabelle 10 und 11 im Tabellenanhang).

4.3 Sprachtherapeutische Diagnosen und Maßnahmen

Für gut die Hälfte (55,2 Prozent) der AOK-versicherten sprachtherapeutischen Patienten (das sind rund 163.900 Patienten) war die Diagnose „F80 Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache“ der ausschlaggebende Anlass der Verordnung (Abb. 16). Diese Diagnose von Kindern und Jugendlichen dominiert das Geschehen in der sprachtherapeutischen Praxis. Der Anteil an den insgesamt 870.900 Leistungen für AOK-Versicherte aufgrund von Sprachentwicklungsstörungen betrug 52,1 Prozent. Die mit „R47 Sprech- und Sprachstörungen“ kodierten Leistungen machten mit einem Verordnungsanteil von 8,4 Prozent den zweiten Platz aus und betrafen fast jeden zehnten der sprachtherapeutischen Patienten (9 Prozent). Weitere Diagnosen hatten nur noch einen Anteil an Patienten oder Leistungen von 5 Prozent und weniger. Kennzahlen der häufigsten sprachtherapeutischen Diagnosen stellt Tabelle 5 im Tabellen-Anhang dar.

Abbildung 16: Die fünf häufigsten Diagnosen bei sprachtherapeutischen Patienten (AOK, 2018)

Quelle: AOK-HIS 2019



5 Physiotherapie

5.1 Leistungen und Umsatz

Rund 35 Millionen Leistungen aus dem Katalog der aktiven und passiven Maßnahmen der Physikalischen Therapie und Physiotherapie zur Förderung bzw. Wiederherstellung der motorischen Fähigkeiten wurden von den GKV-Versicherten 2018 in Anspruch genommen (AOK: knapp 12,6 Mio. Leistungen). Dies entspricht 243 Millionen einzelnen Behandlungen (AOK: 86,8 Mio.) mit einem Gegenwert von 5,2 Milliarden Euro (AOK: 1,87 Mrd. Euro). Im Durchschnitt haben jeweils 1.000 GKV-Versicherte rund 483 physiotherapeutische Leistungen mit zusammen 3.342 Behandlungen erhalten. Die Kosten für jeweils 1.000 GKV-Versicherte betragen 71.712 Euro. Die durchschnittliche physiotherapeutische Leistung ohne

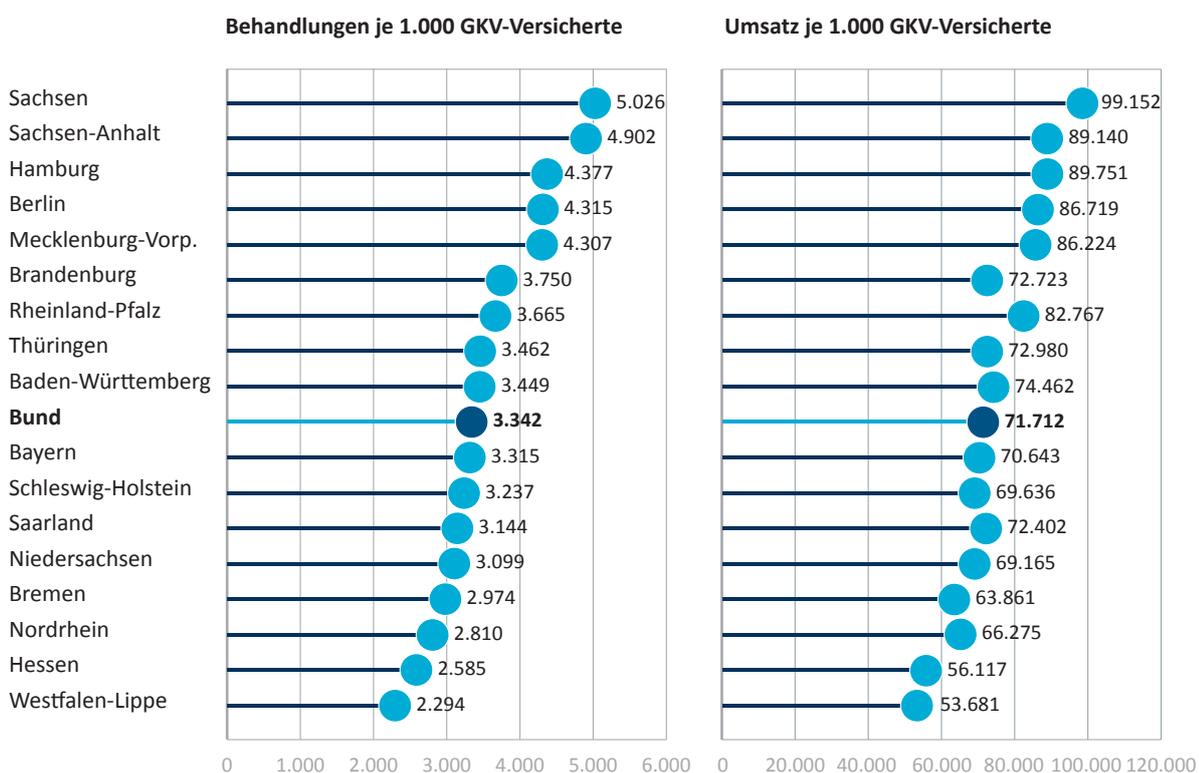
Zusatzleistungen kostete in der GKV 137,16 Euro (AOK: 135,56 Euro), mit Zusatzleistungen 148,62 Euro (AOK: 148,93 Euro).

Verteilt man die Kennzahlen der physiotherapeutischen Heilmittelleistungen des Jahres 2018 für die an AOK-Versicherte verordneten Therapien nicht auf alle Versicherten, sondern auf die rund 4,4 Mio. tatsächlichen Patienten, erhielten diese im Durchschnitt jeweils 2,9 Leistungen mit zusammen 19,7 Behandlungen. Die jährlichen Kosten je Patient summierten sich auf 425 Euro.

Die für das Jahr 2018 ermittelten 3.342 physiotherapeutischen Behandlungen je 1.000 GKV-Versicherte unterliegen regional unterschiedlichen Abweichun-

Abbildung 17: Regionale Unterschiede bei physiotherapeutischen Behandlungen und Kosten (GKV, 2018)

Quelle: GKV-HIS 2019, eigene Berechnungen



gen (Abb. 17). Verglichen anhand dieser kleinsten Einheit wurden in Sachsen mit 5.026 Behandlungen und den weiteren KVen der neuen Bundesländer sowie in den beiden Großstädten Hamburg und Berlin überdurchschnittlich viele Physiotherapien in Anspruch genommen. Die beiden KVen Hessen und Westfalen-Lippe zeigten eine weit unterdurchschnittliche Inanspruchnahme (KV Westfalen-Lippe: 2.294 Behandlungen).

5.2 Facharztgruppen und Patienten

Fast der Hälfte der physiotherapeutischen Patienten der AOK (44,0 Prozent) wurde die Therapie von Allgemeinmedizinerinnen bzw. Praktischen Ärzten verordnet (Abb. 18). Die Arztgruppe veranlasste für die 1,9 Millionen physiotherapeutischen Patienten 37,4 Prozent aller physiotherapeutischen Leistungen. Die vergleichsweise kleine Facharztgruppe der Orthopäden (Anteil an allen Ärzten: 5,4 Prozent) veranlasste 29,8 Prozent der Physiotherapien und versorgte damit 38,1 Prozent der Patienten – also knapp 1,7 Mio. AOK-Versicherte.

Im Jahr 2018 haben rund 4,4 Millionen AOK-Versicherte eine physiotherapeutische Leistung in Anspruch genommen. Das entspricht einer Rate von 163 Patienten je 1.000 AOK-Versicherte. Bei den männlichen Versicherten lag die Patientenrate bei 124 je 1.000 und bei den weiblichen Versicherten bei 200 je 1.000. Fast zwei Drittel der physiotherapeutischen Patienten waren Frauen (62,2 Prozent). Physiotherapeutische Maßnahmen werden – abgesehen vom ersten Lebensjahr – von Kindern und Jugendlichen wenig in Anspruch genommen. Mit zunehmendem Alter steigt die Inanspruchnahme. Ab 50 Jahre ist ein Viertel der Frauen in physiotherapeutischer Behandlung (Männer: knapp 16 Prozent). Mit einer Patientenrate von 32,9 Prozent lag die höchste Behandlungsrate bei der Altersgruppe der 75- bis 84-jährigen Frauen. Im Vergleich zu 2017 ist die Patientenrate um 2,9 Prozent zurückgegangen, bei den Frauen mit -3 Prozent etwas stärker.

Knapp 12,6 Millionen physiotherapeutische Leistungen mit 86,8 Millionen einzelnen Behandlungen wurden von AOK-Versicherten in Anspruch genommen. Je 1.000 AOK-Versicherte sind das durchschnittlich 3.201 einzelne physiotherapeutische Behandlungen in 463 Leistungen (Männer: 335 Leistungen,

Abbildung 18: Physiotherapeutische Leistungen und Patienten nach Facharztgruppen (AOK, 2018)

Quelle: AOK-HIS 2019

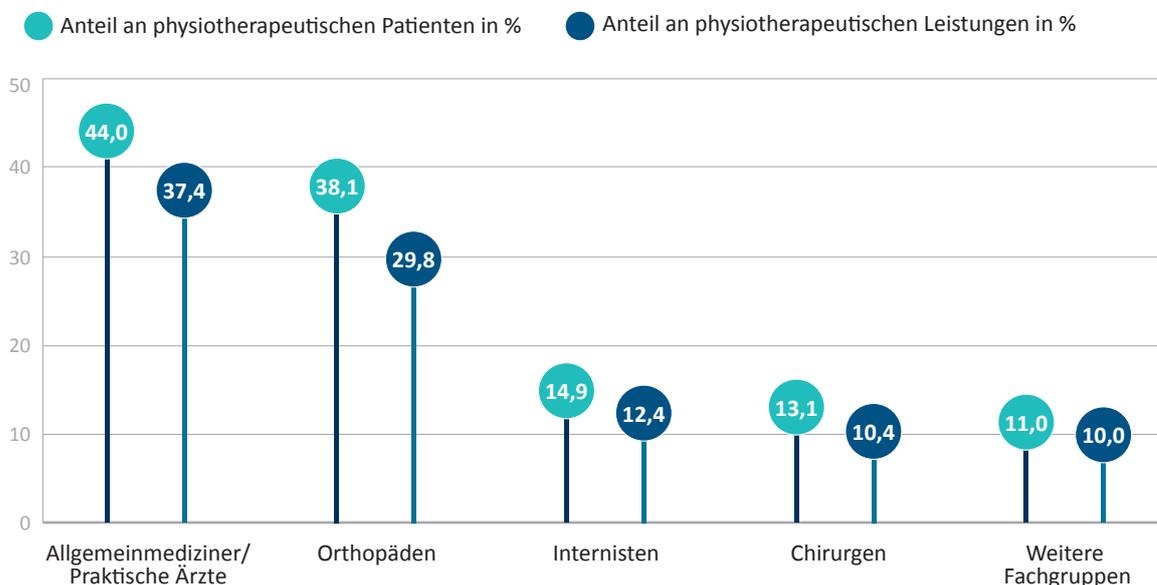
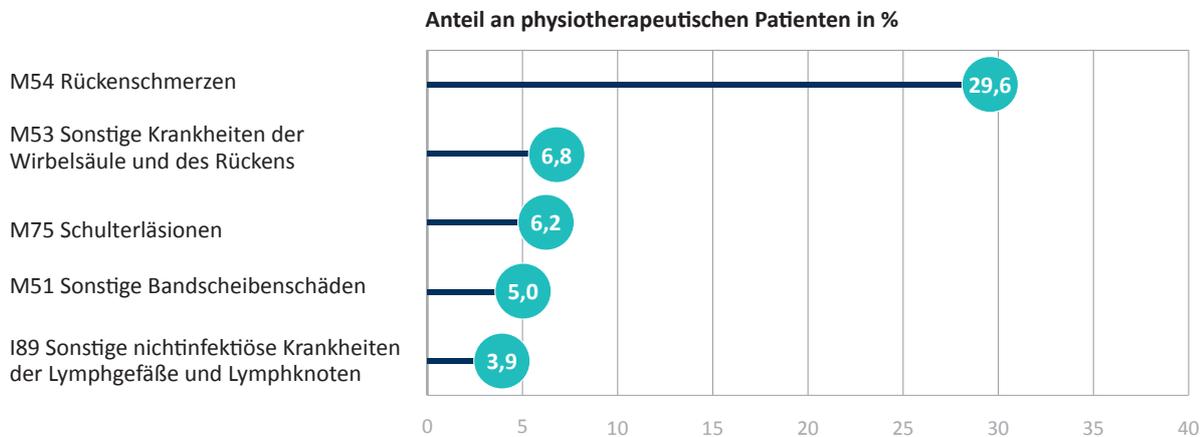


Abbildung 19: Die häufigsten Diagnosen bei physiotherapeutischen Patienten (AOK, 2018)

Quelle: AOK-HIS 2019



Frauen: 589 Leistungen). Im Vergleich zum Vorjahr nahm die Zahl der Leistungen je 1.000 Versicherte um 4 Prozent ab. Frauen sind mit einem Rückgang von 4,1 Prozent stärker betroffen als Männer mit -3,5 Prozent.

Weibliche Patienten der Physiotherapie erhielten 2018 im Durchschnitt 3 Leistungen, männliche 2,7 Leistungen. Mit zunehmendem Alter stieg die Anzahl der Leistungen je Patient – von 1,8 bei den Kleinkindern auf 3,5 Leistungen bei den hochbetagten Patienten (siehe dazu auch Tabelle 10 und 11 im Tabellenanhang).

5.3 Diagnosen und physiotherapeutische Maßnahmen

Für fast ein Drittel der physiotherapeutischen Patienten sind „Rückenschmerzen (ICD-M54)“ der Anlass für die Verordnung (29,6 Prozent). Mehr als 1,3 Millionen AOK-Versicherte waren 2018 davon betroffen (Abb. 19). Diese unscharfe Diagnose belegte wieder mit großem Vorsprung den ersten Platz, wurde mit 1,8 Leistungen je Patient im Durchschnitt aber eher kurzzeitig behandelt. Ein Teil der Patienten ist nach der ersten Heilmittelbehandlung eventuell in spezifischere Diagnosekategorien gewechselt. Unter den fünf häufigsten Diagnosen befinden sich zwei

weitere Diagnosestellungen, die den Rücken betreffen. Die Kennzahlen der 20 häufigsten Diagnosen stellt Tabelle 6 im Tabellenanhang dar.

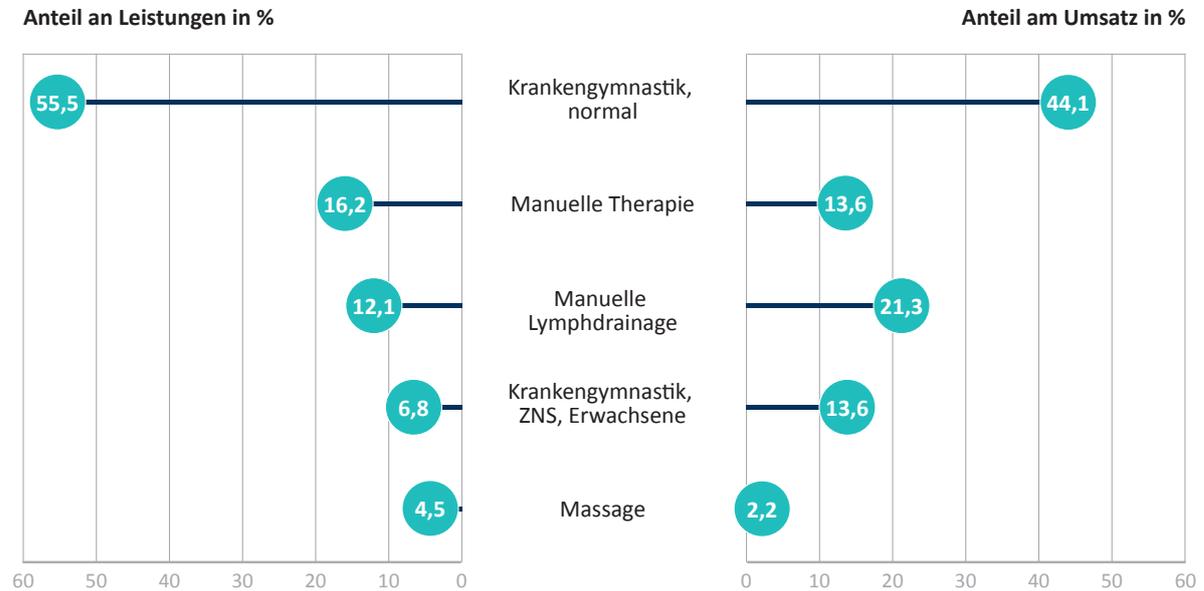
Rund 6,2 Millionen Leistungen der normalen Krankengymnastik (ggf. inkl. Wärme- oder Kältetherapie) wurden 2018 von mehr als 2,9 Millionen AOK-Versicherten in Anspruch genommen. Patienten dieser physiotherapeutischen Maßnahme machten mit 65,8 Prozent schon fast zwei Drittel der physiotherapeutischen Patienten aus, die Leistungen die Hälfte aller physiotherapeutischen Leistungen (49,5 Prozent). Gut ein Viertel der Patienten (1,1 Mio. AOK-Versicherte) nahm 1,8 Millionen Leistungen der Manuellen Therapie in Anspruch – ein Anteil von 14,4 Prozent an den Leistungen. Wärme- und Kälteanwendungen hatten einen Anteil von knapp 11 Prozent an den Leistungen. Abbildung 20 zeigt den Verordnungs- und Umsatzanteil der häufigsten physiotherapeutischen Maßnahmen. In Tabelle 7 (Tabellenanhang) werden zu den zehn häufigsten Maßnahmen der Physiotherapie neben Umsatz und Leistungen je Patient auch die Kennzahlen gezeigt, die aufgrund der Patientenzahlen berechnet wurden.

Rund 17 Prozent der normalen Krankengymnastik und 34,2 Prozent der Manuellen Therapie gehen auf die Diagnose Rückenschmerzen zurück (ICD-M54). Im Folgenden werden deshalb weitere Kennzahlen zu Rückenschmerzen dargestellt.

Abbildung 20: Die häufigsten physiotherapeutischen Maßnahmen, Leistungen und Umsatz (AOK, 2018)

*ohne Zusatzleistungen/ohne Wärme-oder Kältetherapie

Quelle: AOK-HIS 2019



5.4 Patienten mit chronischen, unspezifischen Rückenschmerzen

Die Versorgung von Patienten mit Rückenschmerzen nimmt in der Physiotherapie besonders viel Raum ein, wie sich an den schon vorgestellten Kennzahlen zur Diagnose ICD-M54 Rückenschmerzen deutlich zeigt. Immerhin wurden rund 6,5 Prozent aller AOK-Versicherten im Jahre 2018 deswegen mit mindestens einer Physiotherapie behandelt. Die Diagnose von unspezifischen Rückenschmerzen kann aber wegen kurzfristiger Episoden auch begleitend zu anderen Diagnosen – den Rücken betreffend – kodiert worden sein. Im Folgenden werden

AOK-Versicherte betrachtet, die 2017 wegen chronischer, unspezifischer Rückenschmerzen in Behandlung waren. Diese 2017 durchgehend AOK-versicherten Patientinnen und Patienten hatten in mindestens zwei Quartalen von ihrem behandelnden Arzt dokumentierte Rückenschmerzen (ICD-Gruppe M50 bis M54) und erhielten eine Arzneimittelverordnung¹ oder eine Heilmitteltherapie² oder waren vom Arzt als arbeitsunfähig³ beschrieben worden (Verordnungsdatum).⁴ Aus dieser Untersuchungsgruppe wurden Patienten ausgeschlossen, für die 2017 auch Diagnosen kodiert wurden, die die vorhandenen Rückenschmerzen spezifizieren, wie Krebserkrankungen, Infektionen der Wirbelsäule, Bandscheibenvorfälle oder Frakturen.

1 Arzneimittel, die bei der medikamentösen Behandlung von Rückenschmerzen eingesetzt werden, wie nichtsteroidale Antiphlogistika und Antirheumatika(M01A) oder Opiode (N02A) oder andere Analgetika und Antipyretika (N02B).

2 Maßnahmen der Physiotherapie, die bei der Behandlung von Rückenschmerzen eingesetzt werden, wie Krankengymnastik, Manuelle Therapie, Massage oder Traktionsbehandlungen.

3 Arbeitsunfähigkeit, die aufgrund von Rückenschmerzen (M54 bis M54) ausgestellt wurde.

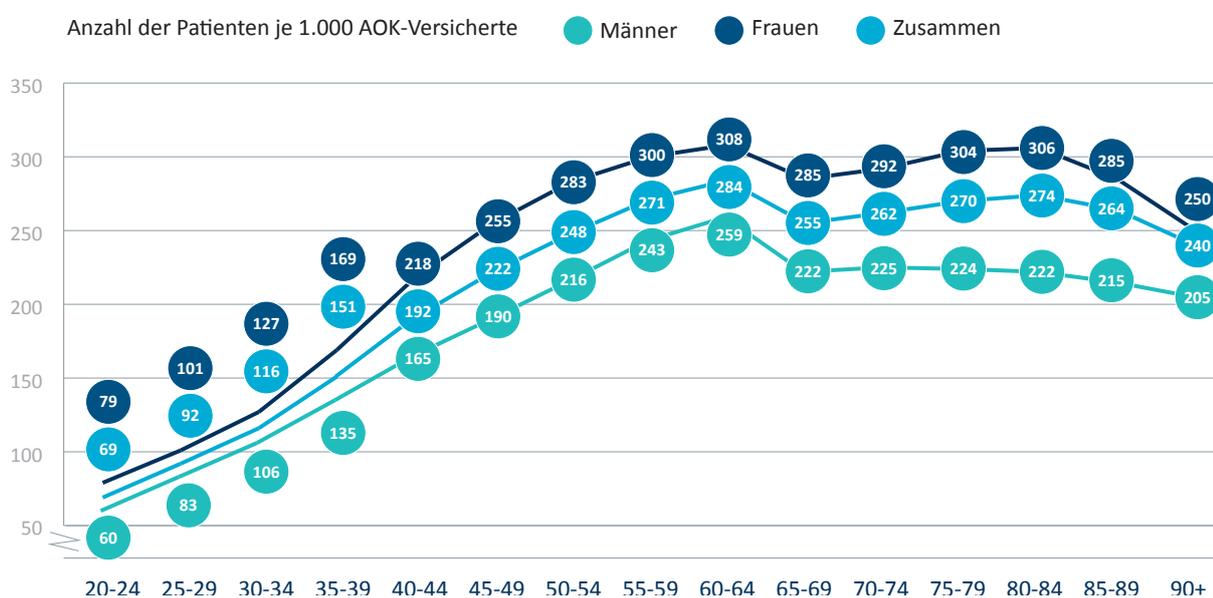
4 Um die Patienten des vierten Quartals in diesem Jahresschnitt einzubeziehen, wurden die Einschlusskriterien (gesicherte Diagnose und mindestens eine AU-Bescheinigung oder eine Arzneimittelverordnung oder eine Heilmittelverordnung) aus den vier Quartalen 2017 und dem ersten Quartal 2018 herangezogen. Da es sich um Daten nach Verordnungsdatum handelt, ist dies der aktuellste Jahresschnitt.

Unter den 25,2 Millionen ganzjährig AOK-Versicherten des Jahres 2017 waren knapp 4,4 Millionen AOK-Versicherte nach dieser Definition wegen chronischer, unspezifischer Rückenschmerzen in ärztlicher Behandlung. Davon waren 58,7 Prozent Frauen. Die Patientenrate liegt insgesamt gesehen bei 174 je 1.000; bei den Männern sind es 147 Patienten je 1.000 Versicherte, bei den Frauen 200 je 1.000 Versicherte. Über alle Altersgruppen hinweg liegt die Patientenrate der weiblichen Versicherten höher als die der männlichen (Abb. 21). Die Patientenrate zeigt einen kontinuierlichen Anstieg bis zum Alter von 60 bis 64 Jahren, wobei die Betroffenheit bei den weiblichen Versicherten ab 35 bis 39 Jahren stärker zunimmt als bei den männlichen Versicherten. In den letzten Jahren vor Renteneintritt ist die Patientenrate bei beiden Geschlechtern am höchsten und sinkt danach zunächst deutlich ab. Von 1.000 Männern im Alter zwischen 60 und 64 Jahren waren 259 von chronischen, unspezifischen Rückenschmerzen betroffen, also ungefähr jeder Vierte. Unter den gleichaltrigen Frauen war nahezu jede Dritte (308 von 1.000) von chronischen, unspezifischen Rückenschmerzen betroffen.

Gut drei Viertel der Patienten mit chronischen, unspezifischen Rückenschmerzen erhielten Schmerzmittel aus den Klassen der nichtsteroidalen Antiphlogistika und Antirheumatika (M01A) oder Opioide (N02A) oder andere Analgetika und Antipyretika (N02B) vom Arzt verordnet. Über alle Altersgruppen hinweg zeigt sich ein nur sehr geringer Unterschied in der Versorgungsrate zwischen männlichen (767 je 1.000 Patienten) und weiblichen Patienten (783 je 1.000). Die Versorgungsrate steigt mit dem Alter stetig an: Während von den 20- bis 24-Jährigen mit jeweils 621 je 1.000 Patienten die wenigsten 2017 mindestens eine entsprechende Verordnung erhielten, waren es bei den (über) 90-Jährigen mit 892 je 1.000 Patienten die meisten der Patienten mit chronischen, unspezifischen Rückenschmerzen. Da die verordnungsauslösende Diagnose nicht auf dem Arzneimittelrezeptblatt aufgetragen wird, muss auf die Diagnosenennungen des arzneimittelverordnenden Arztes im entsprechenden Quartal zurückgegriffen werden. Somit kann es sich hierbei aber auch um Arzneimittel handeln, die aufgrund von Schmerzen mit anderen Ursachen rezeptiert wurden.

Abbildung 21: Anzahl der Patienten mit chronischen, unspezifischen Rückenschmerzen je 1.000 Versicherte, insgesamt und getrennt nach Geschlecht (AOK, 2017)

Quelle: AOK-HIS 2019



Knapp 300 je 1.000 Patienten mit unspezifischen, chronischen Rückenschmerzen wurden 2017 mit physiotherapeutischen Maßnahmen therapiert, das sind rund 1,3 Mio. Patienten – davon waren knapp zwei Drittel Frauen. Hier zeigt sich – anders als bei der Medikamententherapie – ein geschlechtsspezifischer Unterschied: Während von den männlichen Erkrankten ein Viertel Physiotherapie verordnet bekamen (246 je 1.000 Männer), waren es bei den weiblichen Erkrankten mit einem Drittel (332 je 1.000 Frauen) deutlich mehr (Abb. 22). Über nahezu alle Altersgruppen hinweg erhalten weibliche Patienten häufiger Physiotherapie als männliche. Anders als bei der Schmerzmitteltherapie zeigt sich bei der Behandlung mit Physiotherapie keine stetige Zunahme mit höherem Lebensalter, sondern ein frühes Absinken der Behandlungsrate bei den Frauen ab der Altersgruppe der 50- bis 54-Jährigen von 368 je 1.000 Patientinnen auf 168 je 1.000 bei 90 Jahre alten und älter. Bei den Männern wird der Verordnungsgipfel der Physiotherapie bei den 75- bis 79-Jährigen erreicht (267 Physiotherapiepatienten je 1.000 Rückenschmerzpatienten) und sinkt bis zur ältesten Altersgruppe auf eine Rate von 181 Physiotherapie-

patienten je 1.000 Patienten mit chronischen, unspezifischen Rückenschmerzen ab.

Abbildung 23 zeigt die Rate der Rückenschmerzpatienten mit und ohne Physiotherapie je 1.000 Versicherte nach Alter und Geschlecht.

Insgesamt haben die 1,3 Millionen Patienten 2,3 Mio. physiotherapeutische Leistungen wie Krankengymnastik, Manuelle Therapie, Massage oder Traktionsbehandlungen erhalten, jeder Patient erhielt im Durchschnitt 1,8 physiotherapeutische Leistungen. Ab 20 Jahren steigt die durchschnittliche Zahl der Leistungen von 1,5 auf 2,1 Leistungen bei den Männern (ab 90 Jahre) und 2,2 Leistungen bei den gleichaltrigen Frauen.

Für knapp 4 Mio. dieser Patienten mit chronischen, unspezifischen Rückenschmerzen kann – weil sie seit 2013 und damit fünf Jahre lang durchgehend AOK-versichert waren – analysiert werden, wie lange die Erkrankung im Jahr 2017 andauerte. Zwei Drittel der weiblichen Patienten litt schon im Vorjahr (2016) unter chronischen, unspezifischen Rückenschmer-

Abbildung 22: Anzahl der Patienten mit Physiotherapie je 1.000 Patienten mit chronischen, unspezifischen Rückenschmerzen, insgesamt und getrennt nach Geschlecht (AOK, 2017)

Quelle: AOK-HIS 2019

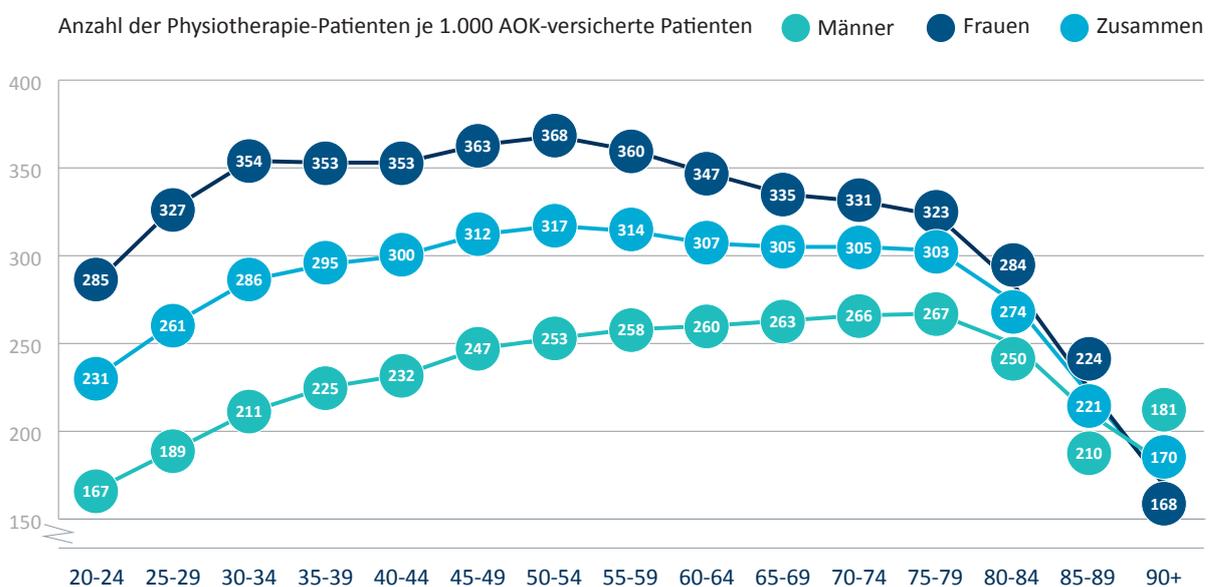


Abbildung 23: Anzahl der Patienten mit chronischen, unspezifischen Rückenschmerzen mit und ohne Physiotherapie je 1.000 Versicherte (AOK, 2017)

Quelle: AOK-HIS 2019

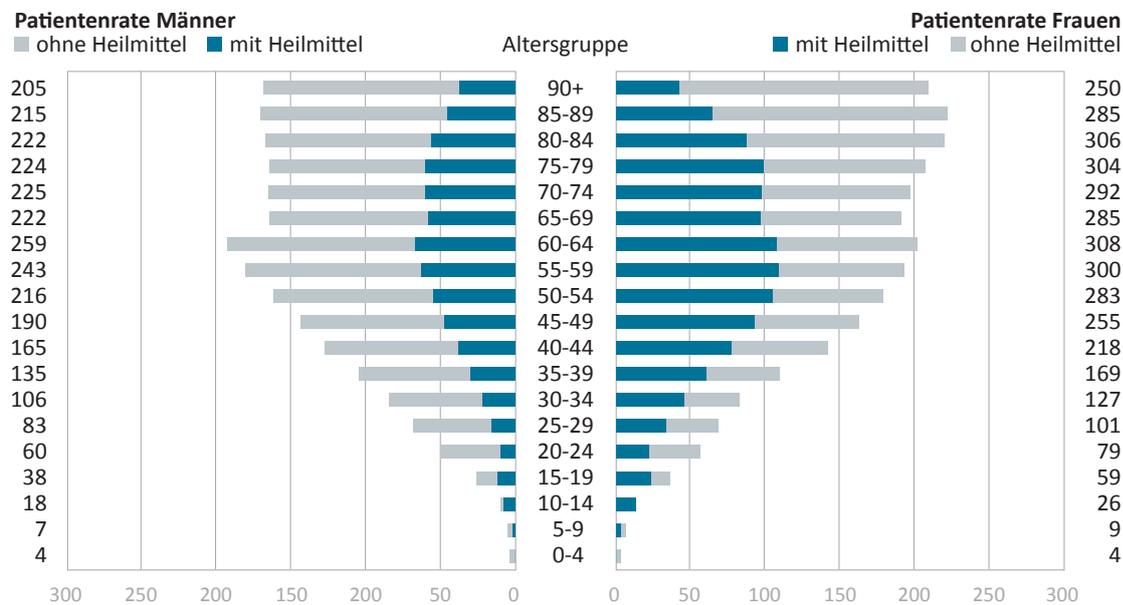
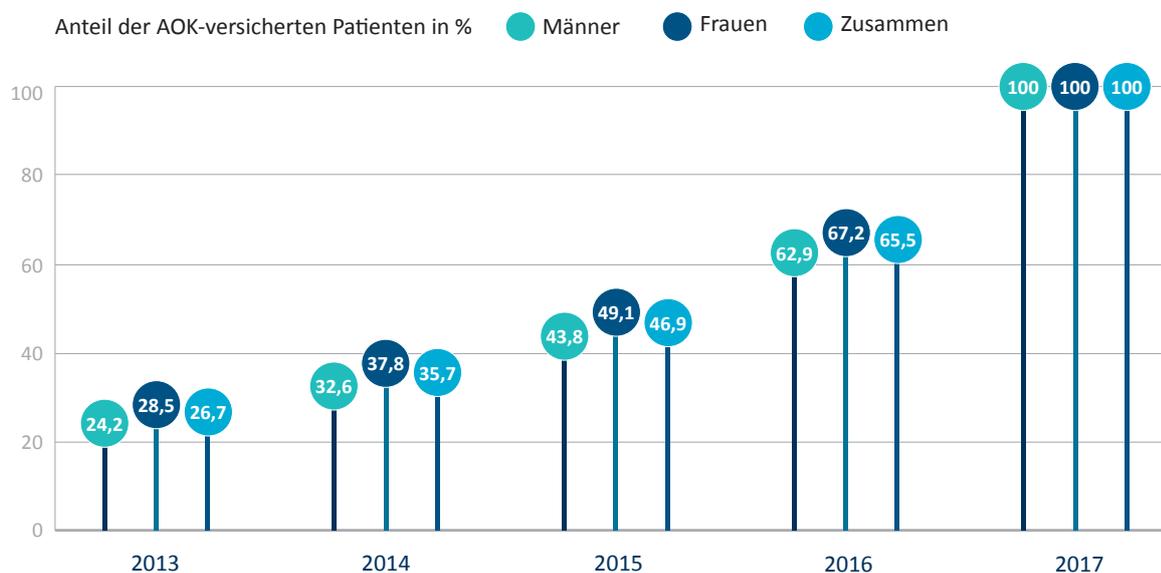


Abbildung 24: Anteil der Patienten mit chronischen, unspezifischen Rückenschmerzen 2017, die in den Vorjahren bereits erkrankt waren, insgesamt und getrennt nach Geschlecht (AOK, 2013 bis 2017)

Quelle: AOK-HIS 2019



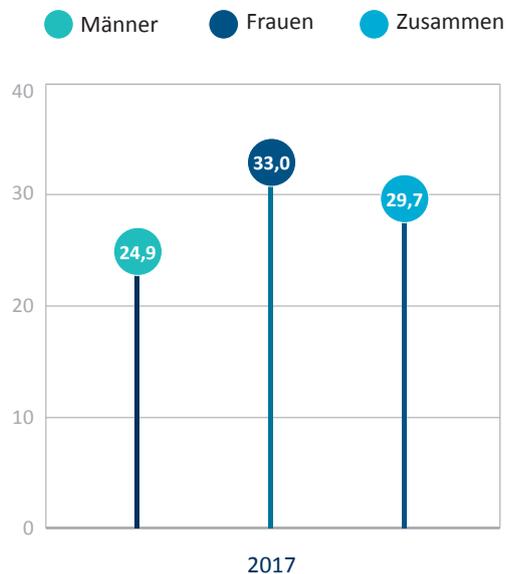
zen (67,2 Prozent), von den männlichen Patienten 62,9 Prozent (Abb. 24). Mehr als ein Viertel der weiblichen Patienten von 2017 (28,5 Prozent) wurde bereits 2013 aufgrund von chronischen, unspezifischen Rückenschmerzen behandelt (Männer, ein knappes Viertel: 24,2 Prozent).

Der Anteil der Patienten, die aufgrund dieser speziellen Diagnosestellung physiotherapeutisch versorgt werden, liegt in der hier über die Jahre beobachteten Patientengruppe im Jahr 2017 bei 29,7 Prozent und damit unter der Behandlungsrate der Vorjahre von 31,6 Prozent (2016) und 33,2 Prozent (2015) (Abb. 25). Eventuell wird die begleitende Heilmitteltherapie bei einigen wenigen Patienten im Laufe der Jahre eingestellt.

Wird ausschließlich die Gruppe der Patienten betrachtet, die in den letzten fünf Jahren in mindestens zwei Quartalen jedes Jahr wegen unspezifischer Rückenschmerzen in ärztlicher Behandlung waren, zeigt sich, dass 11 Prozent durchgehend von 2013 bis 2017 mit mindestens einer physiotherapeutischen Behandlung pro Jahr versorgt wurden (Männer: 8,0 Prozent; Frauen: 12,5 Prozent). Die Patienten nahmen durchschnittlich drei physiotherapeutische Leistungen in Anspruch. Dabei ist zu beachten, dass alle oben beschriebenen physiotherapeutischen Maßnahmen berücksichtigt wurden, da bis zum Jahr 2014 keine ICD-Diagnosen auf dem Verordnungsvordruck aufgetragen wurden.

Abbildung 25: Anteil der Physiotherapiepatienten an den Patienten mit chronischen, unspezifischen Rückenschmerzen 2017, die 2015 bereits erkrankt waren, insgesamt und getrennt nach Geschlecht (AOK, 2015/2017)

Quelle: AOK-HIS 2019



6 Podologie

6.1 Leistungen und Umsatz

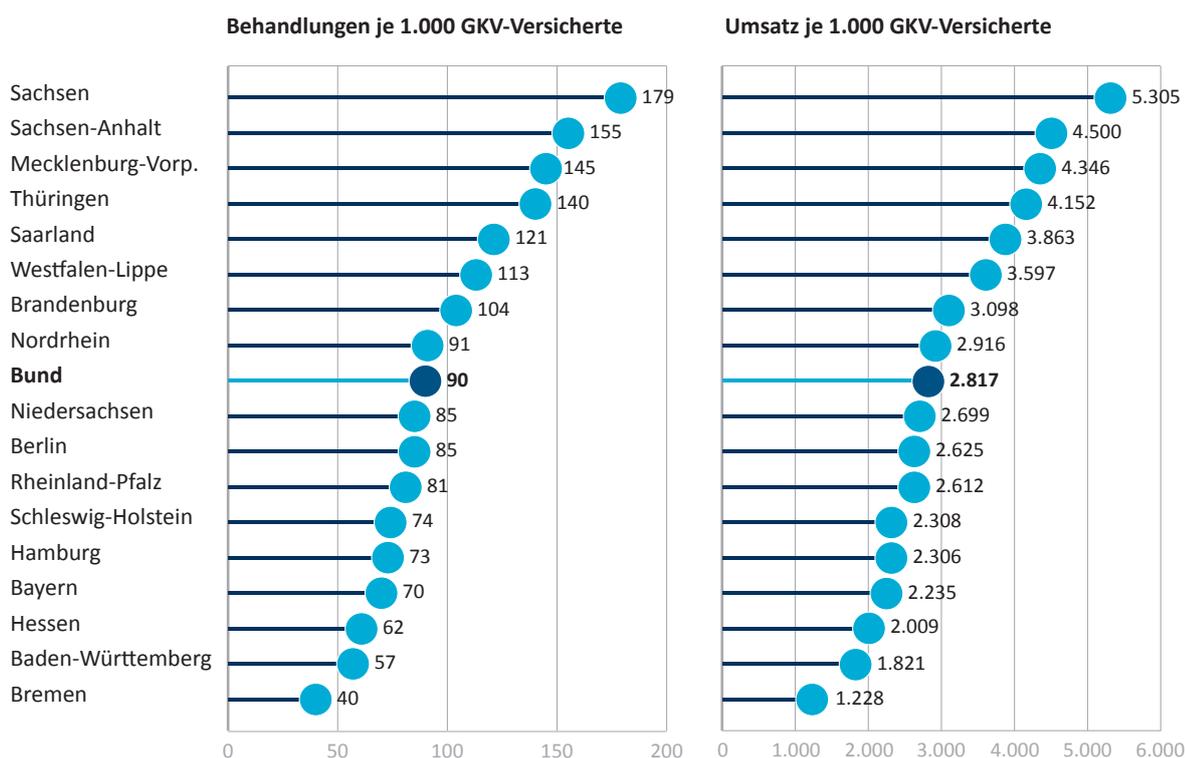
Die Podologie ist eine spezielle medizinische Fußpflege, die fast ausschließlich bei Diabetikern mit dem Diabetischen Fußsyndrom eingesetzt wird. Knapp 1,7 Millionen podologische Leistungen mit zusammen 6,57 Millionen Behandlungssitzungen wurden 2018 von den GKV-Versicherten in Anspruch genommen (AOK: 771.150 Leistungen, 2,96 Mio. Behandlungen). Auf 1.000 Versicherte entfielen jeweils 23,2 Leistungen mit zusammen 90,2 Behandlungen. Die Therapien haben einen Gegenwert von 205 Millionen Euro (AOK: 92,4 Mio. Euro). Eine durchschnittliche podologische Leistung kostete ohne Zusatzleistungen wie Hausbesuche oder Wegepauschalen 115,22 Euro (AOK: 112,64 Euro) und mit Zusatzleistungen 121,59 Euro (AOK: 119,80 Euro).

Verteilt man die Kennzahlen der podologischen Heilmittelleistungen des Jahres 2018 für die 771.150 an AOK-Versicherte verordneten Therapien nicht auf alle Versicherten, sondern auf die mit einer podologischen Behandlung, dann nahmen im Durchschnitt 392.700 Patienten jeweils 2,0 Leistungen mit zusammen 7,5 Behandlungen in Anspruch. Die jährlichen Kosten je Patient summierten sich auf 235 Euro.

Rein rechnerisch haben jeweils 1.000 GKV-Versicherte 90,2 Behandlungen erhalten. Die einzelnen Regionen, nach Kassenärztlichen Vereinigungen betrachtet, weichen bei dieser Kennzahl erheblich voneinander ab (Abb. 26): In Sachsen war mit 179 Behandlungen je 1.000 GKV-Versicherte die Inanspruchnahme am höchsten, gefolgt von den KVen Sachsen-Anhalt (155 Behandlungen) und Mecklen-

Abbildung 26: Regionale Unterschiede bei podologischen Behandlungen und Kosten (GKV, 2018)

Quelle: GKV-HIS 2019, eigene Berechnungen



burg-Vorpommern (145 Behandlungen). Eine weit unterdurchschnittliche Inanspruchnahme ist bei der KV Bremen (40 Behandlungen) zu sehen.

6.2 Facharztgruppen und Patienten

Von den 2018 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden 148.600 Ärzten haben zwei Facharztgruppen nahezu alle podologischen Leistungen verordnet: Allgemeinmediziner und Praktische Ärzte versorgten 60,3 Prozent der Patienten (AOK-Versicherte) und die Ärzte der Fachgruppe der Internisten versorgten weitere 43,8 Prozent der podologischen Patienten (Abb. 27).

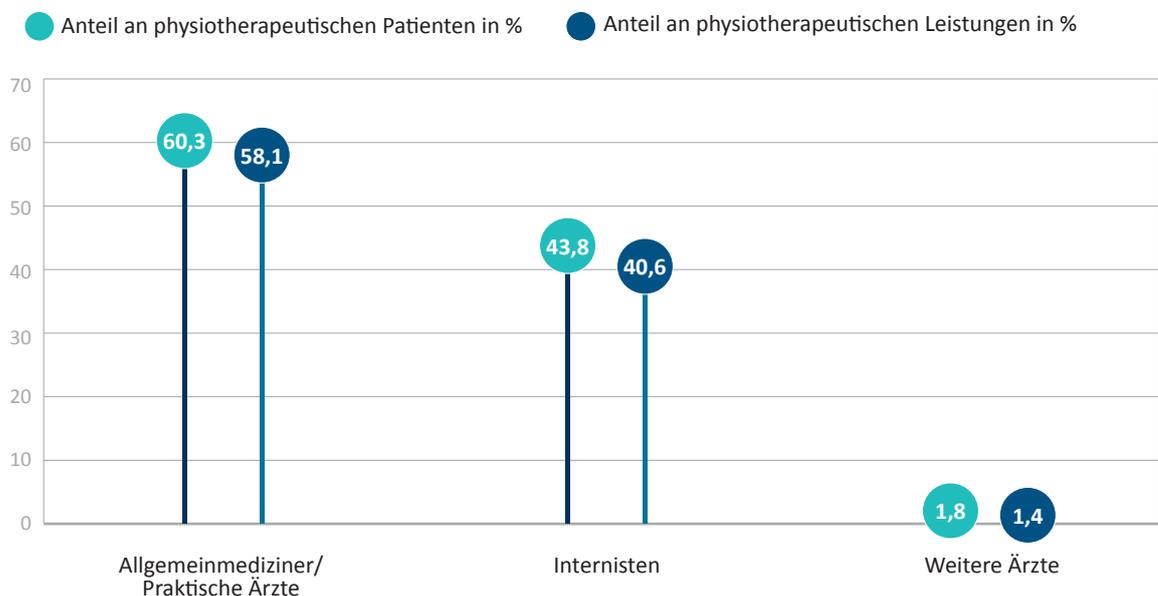
Die 392.700 AOK-Versicherten, die 2018 mindestens eine podologische Leistung in Anspruch genommen haben, entsprechen einer Patientenrate von 14 Patienten je 1.000 AOK-Versicherte (Männer: 14 je 1.000 und Frauen 15 je 1.000). Rund 54 Prozent der podologischen Patienten sind weiblich. Die Patienten, die

diese Leistung in Anspruch nehmen, sind bis auf wenige Ausnahmen höheren Alters, sodass erst ab einem Alter von 35 Jahren einer von 1.000 Versicherten in podologischer Behandlung ist. Die Rate steigt mit zunehmendem Lebensalter der Versicherten an und liegt bei den Männern bei den 80- bis 84-Jährigen am höchsten: 68 je 1.000 Männer. Bei den Frauen liegt die Rate durchschnittlich fünf Jahre später und umfasst dann 62 je 1.000 Frauen.

Rund 771.150 podologische Leistungen mit zusammen 2,96 Millionen Behandlungen wurden 2018 von AOK-Versicherten in Anspruch genommen. Je 1.000 AOK-Versicherte sind das 28,4 Leistungen mit zusammen 109 Behandlungen (Männer: 26 und Frauen: 30). Die höchste Inanspruchnahme ist bei den 80- bis 84-Jährigen mit 131 Leistungen je 1.000 AOK-Versicherte bei den männlichen und 120 Leistungen bei den weiblichen Versicherten zu sehen. Männliche und weibliche Patienten der Podologie erhielten 2018 durchschnittlich knapp 2,0 Leistungen.

Abbildung 27: Podologische Leistungen und Patienten nach Facharztgruppen (AOK, 2018)

Quelle: AOK-HIS 2019



7 Spezielle Patientengruppen: Kinder und Senioren

7.1 Kinder bis 14 Jahre als Heilmittelpatienten

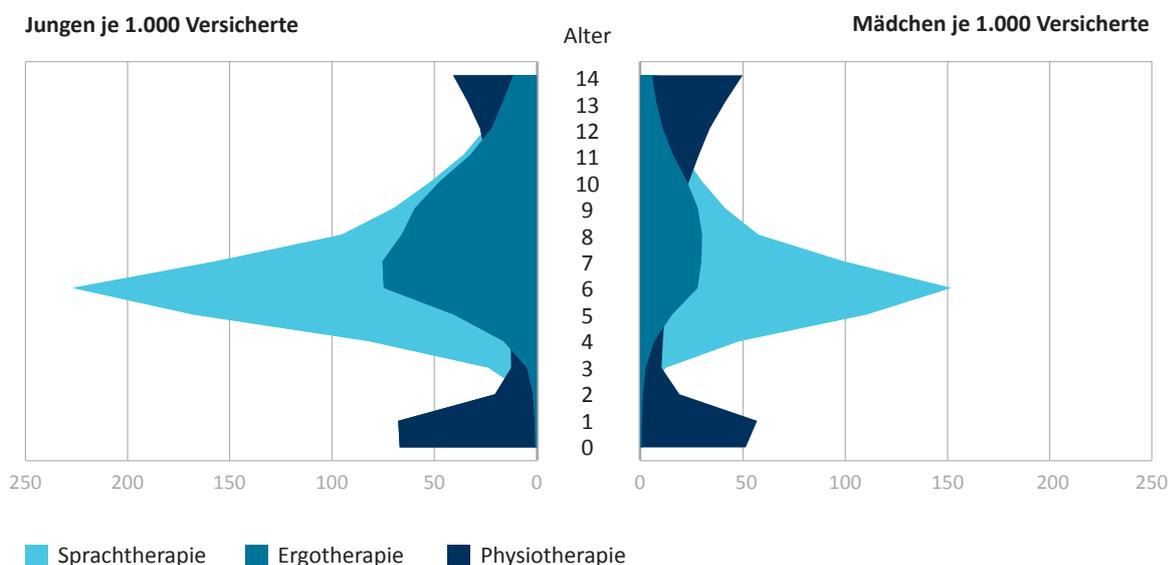
Kinder sind eine besondere Patientengruppe, da sie nicht nur nach Unfällen oder Erkrankungen mit Heilmitteln behandelt werden, sondern häufiger, um bei Störungen die natürliche Entwicklung zu unterstützen. Die Versorgung von Kindern mit schweren chronischen Erkrankungen oder schwerwiegenden Entwicklungsstörungen besteht aus heilpädagogischen Leistungen bzw. geschieht im Rahmen der Frühförderung. Diese Therapien finden zumeist als Komplexbehandlung in speziellen Zentren statt und gehören leistungrechtlich nicht zu den Heilmitteln. Sie sind deshalb nicht Bestandteil dieser Darstellungen. Im Folgenden werden die Kennzahlen der Inanspruchnahme von Heilmitteln eingegrenzt auf die Gruppe der AOK-versicherten Kinder bis einschließlich 14 Jahre dargestellt.

7.1.1 Patienten und Leistungen

Gut 3,5 Millionen Kinder bis einschließlich 14 Jahre waren im Jahresdurchschnitt 2018 bei der AOK versichert (das entspricht 13,6 Prozent der Versicherten). Davon nahmen rund 395.000 Kinder 2018 mindestens eine Heilmittelleistung in Anspruch. Die durchschnittliche Patientenrate lag damit bei 108 Patienten je 1.000 Versicherte, bei den Jungen bei 126 Heilmittelpatienten je 1.000 und bei den Mädchen bei 87 je 1.000. Rund 1,17 Mio. Leistungen sind für Kinder bis einschließlich 14 Jahre 2018 insgesamt abgerechnet worden, je 1.000 AOK-versicherte Kinder 317 Leistungen. Gegenüber dem Vorjahr liegt die Patientenrate damit um 5,3 Prozent niedriger und die Anzahl der Leistungen je 1.000 Kinder sank um 6,7 Prozent.

Abbildung 28: Patientenrate bis 14 Jahre nach Leistungsbereichen (AOK, 2018)

Quelle: AOK-HIS 2019



In drei Lebensphasen werden besonders viele Kinder therapiert: die ersten beiden Lebensjahre, die Zeit kurz vor der Einschulung und die Zeit kurz nach der Einschulung (Abb. 28). Der therapeutische Schwerpunkt in den beiden ersten Lebensjahren liegt bei den Maßnahmen der Physiotherapie. Noch vor dem ersten Geburtstag wurden 94 je 1.000 Jungen und 72 je 1.000 Mädchen physiotherapeutisch behandelt: Jungen mit 128 Leistungen und Mädchen mit 99 Leistungen je 1.000 Versicherte. Bei den Einjährigen ist die Patientenrate noch fast genauso hoch und die Inanspruchnahme liegt bei 170 Leistungen je 1.000 (Jungen) bzw. 142 Leistungen (Mädchen). Danach sinkt die Patientenrate vorübergehend.

Bei den Vierjährigen, also etwa im Kindergartenalter, steigt die Patientenrate erneut an: 106 je 1.000 (Jungen) und 65 je 1.000 (Mädchen) erhielten Heilmittelverordnungen. Der Schwerpunkt liegt dabei auf Maßnahmen der Sprachtherapie. Von den vierjährigen Jungen erhielten 82 je 1.000 sprachtherapeutische Leistungen, je 1.000 Versicherte 245 Leistungen. Von den Mädchen waren 48 je 1.000 in sprachtherapeutischer Behandlung mit 142 Leistungen je 1.000. Die sprachtherapeutischen Maßnahmen nehmen in den

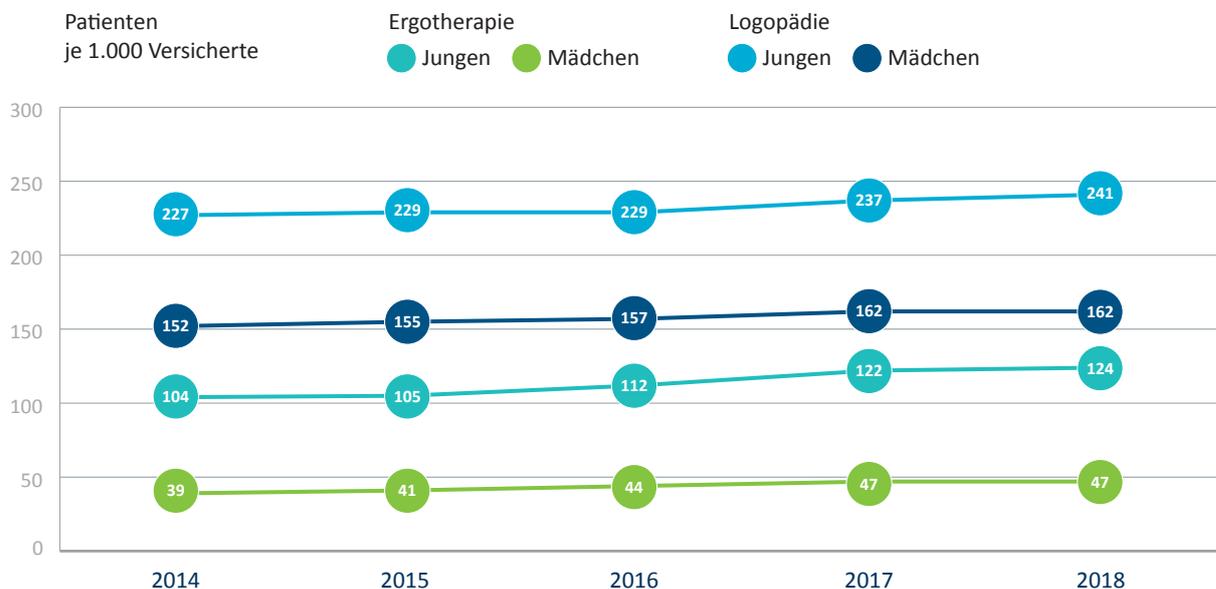
darauffolgenden Lebensjahren zu und werden bei sechsjährigen Kindern am häufigsten eingesetzt. Von den sechsjährigen Jungen wurden 227 je 1.000 mit Sprachtherapien behandelt und von den sechsjährigen Mädchen nahmen 152 je 1.000 Sprachtherapie in Anspruch. (Leistungen für Kinder bis einschließlich 14 Jahre siehe Tabelle 8 im Tabellenanhang).

Bei den Fünfjährigen steigt die ergotherapeutische Patientenrate erstmals an: 57 je 1.000 Jungen und 22 je 1.000 Mädchen nahmen Ergotherapie in Anspruch. Bei den Jungen ist die ergotherapeutische Patientenrate ebenfalls im Alter von sechs Jahren am höchsten (104 je 1.000), bei den Mädchen im Alter von sieben Jahren (42 je 1.000 in Behandlung).

Betrachtet man alle Leistungsbereiche zusammen, ist die Patientenrate bei den Sechsjährigen am höchsten: 294 je 1.000 der Jungen und 185 je 1.000 der Mädchen erhielten Behandlungen. Je 1.000 sechsjährige Jungen werden 1.039 Leistungen in Anspruch genommen, je 1.000 sechsjährige Mädchen 600 Leistungen. Ab dem 13. Lebensjahr sinkt die Patientenrate insgesamt wieder stark ab.

Abbildung 29: Patientenrate bei sechsjährigen Versicherten im Zeitverlauf (AOK, 2014 bis 2018)

Quelle: AOK-HIS 2019

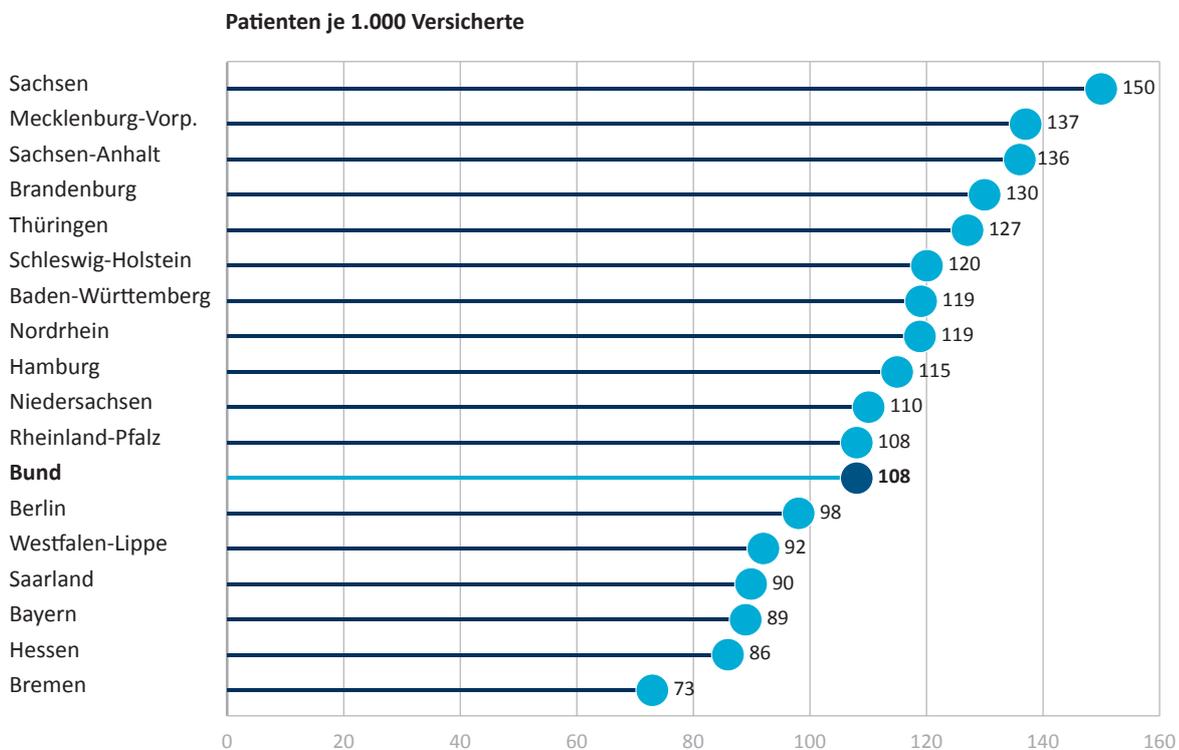


Bei der Betrachtung der zurückliegenden Jahre sieht man die höchste Patientenrate in der Ergotherapie 2009 (sechsjährige Jungen) und 2010 (sechsjährige Mädchen). Seit 2010 ist die ergotherapeutische Patientenrate zurückgegangen. In der Sprachtherapie von Sechsjährigen ist die höchste Patientenrate bei beiden Geschlechtern in den Jahren 2011 und 2012 zu sehen. Seit 2012 ist die Patientenrate bei den von Sprachtherapie besonders betroffenen Sechsjährigen leicht zurückgegangen. (Abb. 29). Auch 2018 sank die Inanspruchnahme gegenüber dem Vorjahr leicht ab, allerdings vor allem bei den Mädchen. Während die ergotherapeutische Patientenrate der sechsjährigen Jungen nur um 0,5 Prozent sank, ging die der Mädchen um 4,4 Prozent zurück. In der Sprachtherapie sank die Rate der Jungen um 0,8 Prozent, die der Mädchen um 2 Prozent.

Die im Bund durchschnittliche Patientenrate von 108 je 1.000 Versicherte wurde 2018 in allen neuen Bundesländern überschritten, allen voran in Sachsen (150 je 1.000) und Mecklenburg-Vorpommern (137 je 1.000) sowie Sachsen-Anhalt (136 je 1.000). In Bayern und Hessen ist die Inanspruchnahme eher unterdurchschnittlich und Bremen bildet mit großem Abstand die (kleine) Region, die mit 73 je 1.000 die geringste Inanspruchnahme hat (Abb. 30).

Abbildung 30: Regionale Unterschiede in der Patientenrate bei Kindern bis einschließlich 14 Jahre (AOK, 2018)

Quelle: AOK-HIS 2019



7.1.2 Diagnosen und Maßnahmen

Für knapp 223.650 Kinder und damit für mehr als die Hälfte der Kinder mit Heilmitteltherapie waren Entwicklungsstörungen (ICD-F80-F89) der Anlass der Verordnung (56,6 Prozent). Innerhalb dieser Diagnosegruppe ist wiederum die Diagnose „F80 Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache“ der häufigste Behandlungsanlass – bei 40,5 Prozent aller Kinder mit Heilmitteltherapie wurde diese Störung dokumentiert.

Für rund 42.900 Kinder und damit 10,9 Prozent der kindlichen Heilmittelpatienten waren diagnostizierte Verhaltensstörungen (ICD-F90-F98) für die Verordnung ausschlaggebend. Davon wurde für knapp die Hälfte die Diagnose „F90 Hyperkinetische Störungen“ dokumentiert (Abb. 31).

Wie lange eine Heilmitteltherapie im Jahresschnitt dauert, hängt von der Art der Störung bzw. Erkrankung ab. Bei schwerwiegenden Erkrankungen und Störungen der Entwicklung, wie z. B. Infantile Zerebralparese, Hemi-/Tetraparese und -plegie oder Down-Syndrom werden die Kinder im Jahresdurchschnitt mit rund 40 Behandlungen unterstützt. Bei den vergleichsweise häufig von den Ärzten kodierten Entwicklungsstörungen liegt die Behandlungsfrequenz im Durchschnitt niedriger: Die Kinder mit der Diagnose „F80 Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache“ werden mit 20,6 Behandlungen im Jahr therapiert, die Kinder mit der Diagnose „F82 Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen“ nehmen 17,7 Behandlungen in Anspruch.

Abbildung 31: Die zehn häufigsten Diagnosen nach Patientenzahlen bei Kindern bis 14 Jahre (AOK, 2018)

Quelle: AOK-HIS 2019

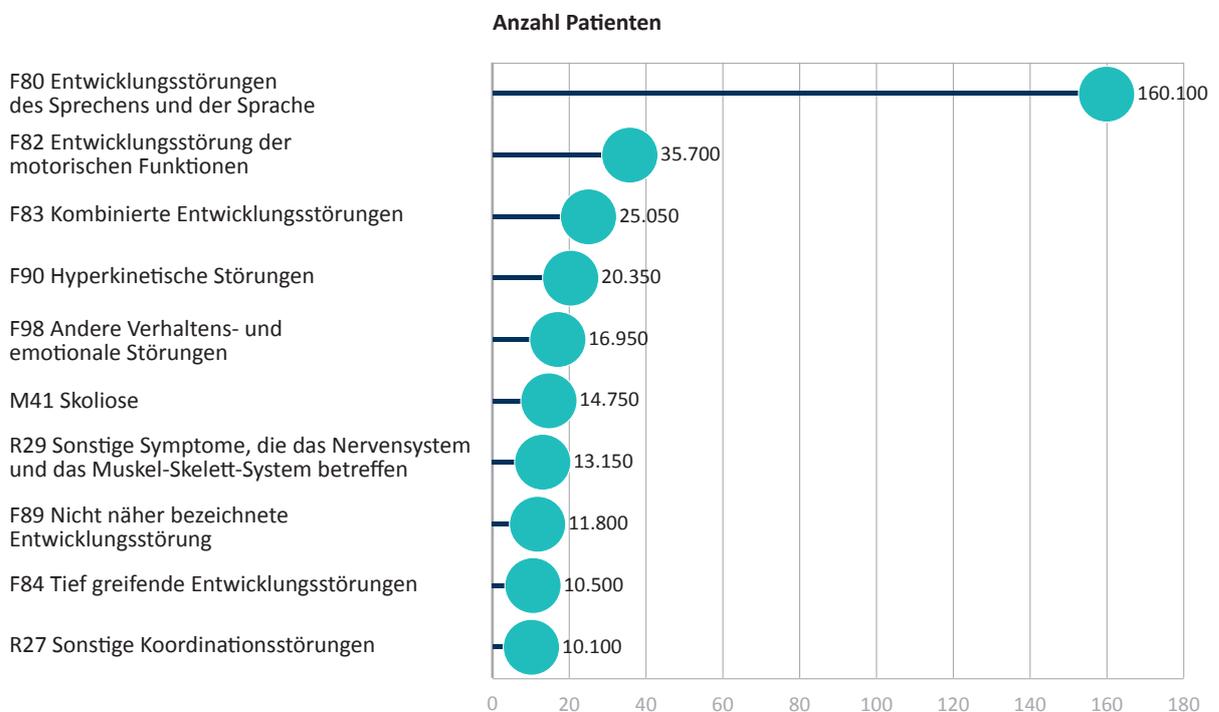
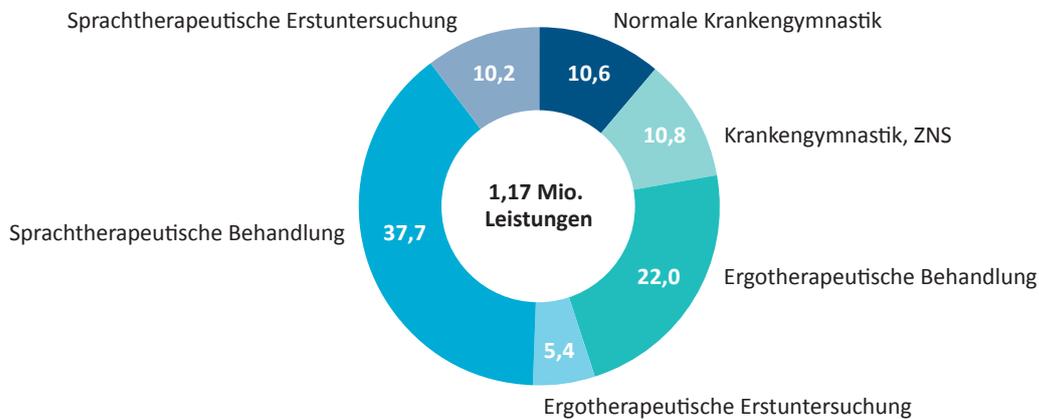


Abbildung 32: Maßnahmen bei Kindern bis einschließlich 14 Jahre (AOK, 2018)

Quelle: AOK-HIS 2019

Anteil der Leistungen in %



In den ersten beiden Lebensjahren dominieren Diagnosen, die zu Maßnahmen der Physiotherapie führen: „F82 Umschriebene Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen“ und „R 27 Sonstige Koordinationsstörungen“. In der Gruppe der Drei- bis Fünfjährigen dominieren die Leistungen, die aufgrund von Sprachentwicklungsstörungen rezeptiert wurden (F82 Entwicklungsstörungen der Sprache und des Sprechens). Diese Diagnose bleibt auch in den höheren Altersgruppen bis einschließlich der Elfjährigen auf dem ersten Platz, allerdings wird der jeweilige Anteil der Leistungen mit dieser Diagnose dann kleiner. Die Diagnose von Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen veranlasst – wenn auch auf einem niedrigeren Niveau – bis zum Alter von zehn Jahren nennenswert viele Leistungen. Die mit ergotherapeutischen Maßnahmen begleiteten Hyperkinetischen Störungen (F90) sind bei sechs- bis achtjährigen Kindern das erste Mal unter den fünf häufigsten Diagnosen gemessen an der Anzahl der Leistungen. Tabelle 9 stellt in Zwei-Jahres-Schritten die jeweils häufigsten Diagnosen dar (Tabellenanhang).

Die häufigsten Maßnahmen, die von Kindern bis 14 Jahre insgesamt in Anspruch genommen werden, sind sprachtherapeutische Maßnahmen (ohne Erstuntersuchung) mit einem Anteil von 37,7 Prozent, gefolgt von ergotherapeutischen Maßnahmen ohne Erstuntersuchung mit einem Anteil an den Leistungen von 22 Prozent (Abb. 32). Mehr als 10 Prozent aller Leistungen für Kinder bis einschließlich 14 Jahre sind jeweils normale Krankengymnastik bzw. Krankengymnastik auf neurophysiologischer Basis.

7.2 Heilmittelpatienten ab 60 Jahre

Neben Kindern bis 14 Jahre sind auch ältere Versicherte ab 60 Jahre und hier besonders die betagten Versicherten ab 80 Jahre eine Gruppe mit besonderem Unterstützungsbedarf in Form einer Heilmitteltherapie. Mit zunehmendem Alter haben Versicherte mit Alterskrankheiten, einer stärker werdenden allgemeinen Fragilität oder auch mit Pflegebedürftigkeit zu kämpfen. Die rund 7,7 Millionen AOK-Versicherte ab 60 Jahre machen 2018 28,6 Prozent der Versicherten, aber 46,4 Prozent der Heilmittelpatienten aus.

7.2.1 Leistungen und Patienten

Gut 2,3 Mio. Versicherte ab 60 Jahre waren 2018 Heilmittelpatienten. Abbildung 33 zeigt die Patientenrate der Altersgruppen ab 60 Jahre von 301 je 1.000 im Vergleich zu Kindern und Jugendlichen sowie Erwachsenen zwischen 20 und 59 Jahren, also in den vergleichsweise gesunden Jahren. Die Patientenrate steigt im Altersverlauf von 265 Patienten je 1.000 Versicherte auf 344 Prozent bei den 70- bis 74-Jährigen an. In dieser Altersgruppe war mehr als jeder Dritte ein Heilmittelpatient. In den darauffolgenden Jahren sinkt die Patientenrate wieder ab (siehe zu den Patientenraten je Leistungsbereich und Altersgruppe, Tabelle 10 im Tabellenanhang).

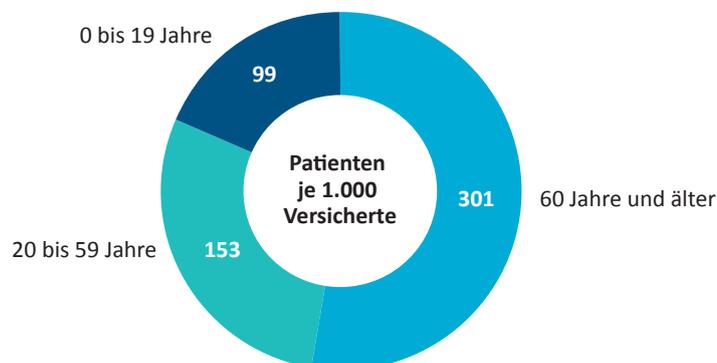
Insgesamt durchliefen die Heilmittelpatienten ab 60 Jahre gut 8,1 Mio. Leistungen. Mit durchschnittlich 1.045 Leistungen je 1.000 Versicherte lag die Inanspruchnahme der 60- bis über 90-Jährigen entsprechend ihrer hohen Patientenrate weit über der Inanspruchnahme der beiden Vergleichsgruppen. Vor allem wurden physiotherapeutische Maßnahmen – und dies mehr als von den Vergleichsgruppen – von den Versicherten ab 60 Jahre in Anspruch genommen: 869 physiotherapeutische Leistungen je 1.000 Versicherte. Die Leistungen in den verschiedenen Leistungsbereichen je Altersgruppe zeigt Tabelle 11 im Tabellenanhang.

7.2.2 Diagnosen und Maßnahmen bei Patienten ab 60 Jahre

Rund 728.850 Patienten durchliefen die Heilmitteltherapien aufgrund einer Diagnose aus der Gruppe „M50-M54 Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens“, die Leistungen hatten einen Anteil von 18,7 Prozent. Mit großem Abstand folgen im Rang die 286.900 Patienten, deren Diabetes mellitus eine podologische Verordnung ausgelöst hat (6,6 Prozent der Leistungen). Mit Arthrose (215.900 Patienten) folgt eine Diagnose als Verordnungsanlass, die bei einer älteren Versichertengruppe ebenfalls häufiger zu erwarten ist (Abb 34).

Die normale Krankengymnastik wird mit gut 3,4 Millionen Leistungen am häufigsten von Versicherten ab 60 Jahre in Anspruch genommen (Anteil an Leistungen: 42,3 Prozent). Knapp 1,4 Mio. Patienten durchliefen diese physiotherapeutische Maßnahme. Abbildung 35 stellt den Anteil der häufigsten Maßnahmen dar, die von Patienten ab 60 Jahre genutzt wurden. Gegenüber jüngeren Patienten wird die Massage weit weniger in Anspruch genommen, die Manuelle Lymphdrainage demgegenüber aufgrund zunehmender Krebserkrankungen weitaus häufiger.

Abbildung 33: Patientenrate in den verschiedenen Altersgruppen (AOK, 2018)



Quelle: AOK-HIS 2019

Abbildung 34: Die häufigsten 10 Diagnosegruppen bei Heilmittelpatienten ab 60 Jahre

Quelle: AOK-HIS 2019

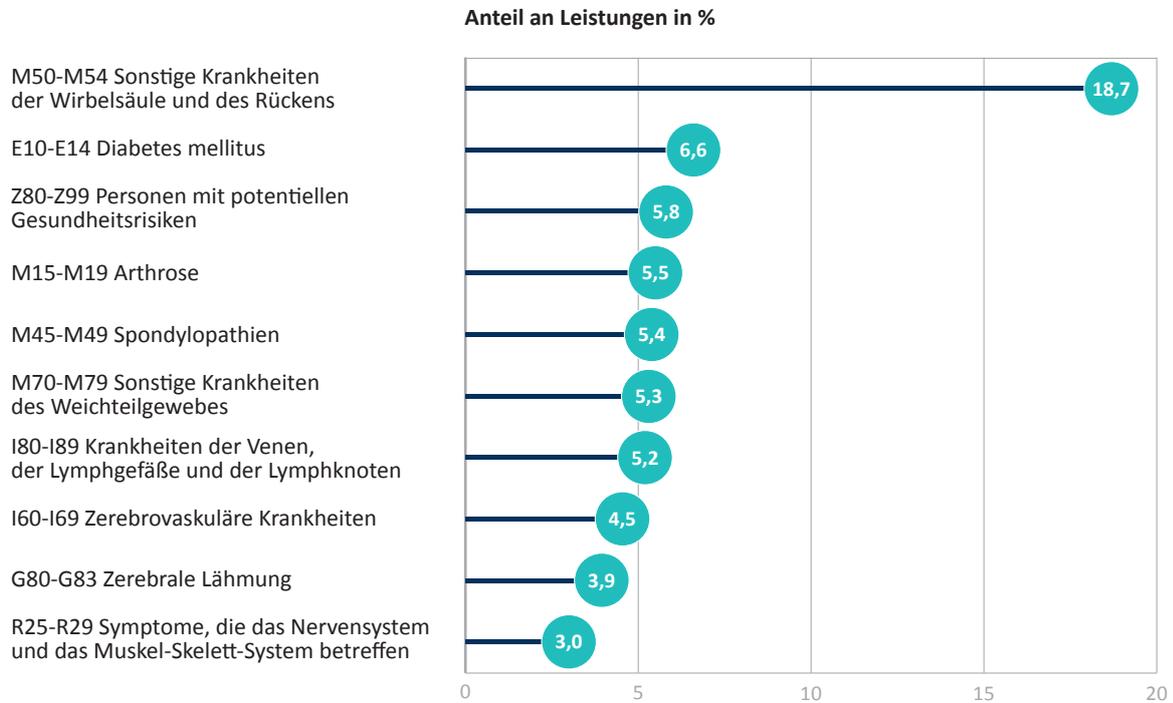
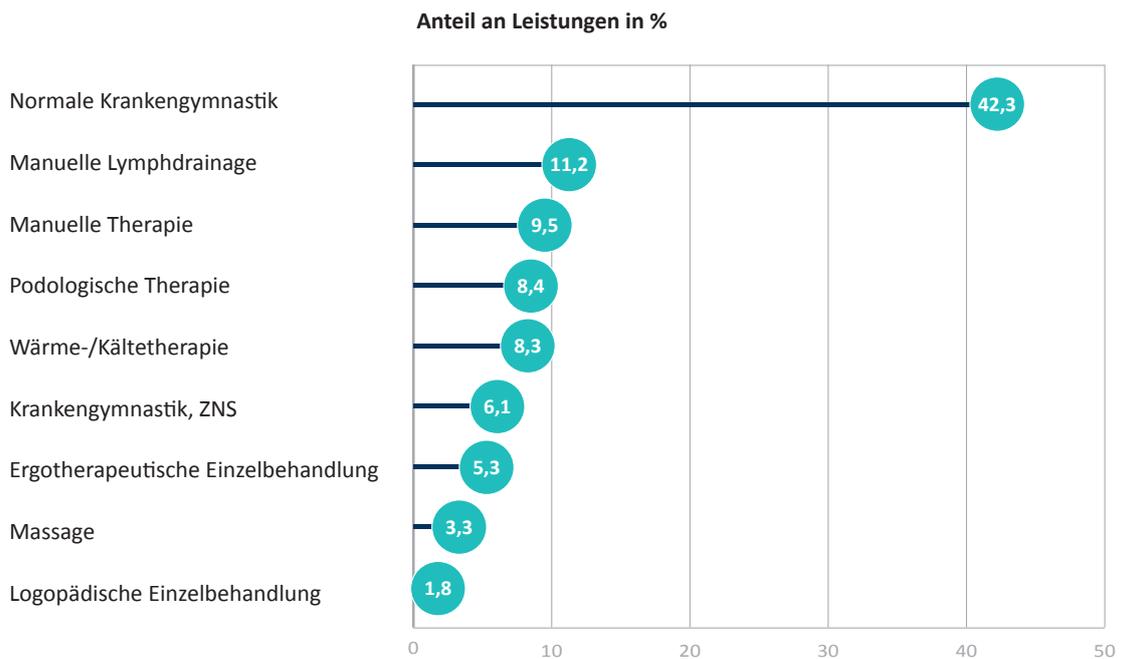


Abbildung 35: Die häufigsten Maßnahmen bei Patienten ab 60 Jahre (AOK, 2018)

Quelle: AOK-HIS 2019



8 Tabellenanhang

Tabelle 1: Die Heilmitteltherapien nach Facharztgruppen (GKV, 2018)

Facharztgruppe	Anzahl teilnehmender Ärzte	Anteil an teilnehmenden Ärzten in %	Verordnete Leistungen in Tsd.	Anteil an verordneten Leistungen in %	Veranlasster Umsatz in Tsd. €	Anteil am veranlassten Umsatz in %	Leistungen je Arzt
Allgemeinmediziner	39.134	26,3	14.266	34,0	2.517.740	34,7	365
HNO-Ärzte	4.528	3,0	425	1,0	121.677	1,7	94
Kinderärzte	7.739	5,2	1.965	4,7	590.979	8,2	254
Orthopäden	8.088	5,4	11.428	27,2	1.243.991	17,2	1.413
Psychiater/Ärztliche Psychotheuten/ Nervenärzte	6.952	4,7	2.248	5,4	721.048	9,9	323
Internisten	28.124	18,9	5.599	13,3	1.026.127	14,2	199
Chirurgen	7.432	5,0	3.817	9,1	474.530	6,5	514
Sonstige Ärzte	46.604	31,4	2.240	5,3	550.926	7,6	48
Alle Ärzte	148.601	100,0	41.989	100,0	7.247.233	100,0	283

Quelle: Bundesarztregister 2018 / GKV-HIS 2019 © WIdO 2019

Tabelle 2: Leistungserbringer nach Leistungsbereichen* (AOK, 2009 bis 2018)

	2014	2015	2016	2017	2018	Steigerung zu Vorjahr in %
Leistungsbereich	Leistungserbringer (IK)					
Physiotherapie	41.577	41.966	42.315	42.285	42.323	0,1
Ergotherapie	8.835	9.010	9.156	9.301	9.402	1,1
Sprachtherapie	9.719	9.855	9.965	10.089	10.154	0,6
Podologie	4.776	5.000	5.227	5.620	5.507	-2,0
Insgesamt*	64.907	65.831	66.663	67.295	67.386	0,1

* Krankenhäuser, die ergo- und physiotherapeutische Leistungen anbieten, werden hier zweimal gezählt

Quelle: GKV-HIS 2019 © WIdO 2019

Tabelle 3: Patientenrate nach Leistungsbereichen, Patienten je 1.000 Versicherte (AOK, 2018)

Altersgruppe	Ergotherapie		Sprachtherapie		Physiotherapie		Podologie	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
90+	23	27	11	9	226	269	54	55
85-89	23	27	11	10	238	308	65	62
80-84	22	24	11	8	241	329	68	61
75-79	20	20	10	7	234	329	60	50
70-74	16	16	9	6	210	303	53	41
65-69	14	13	7	5	190	281	40	30
60-64	12	14	5	4	201	290	24	19
55-59	10	14	4	4	183	282	13	11
50-54	8	12	3	3	158	268	6	6
45-49	6	9	2	3	135	234	3	3
40-44	4	7	2	2	112	193	1	1
35-39	4	6	2	2	96	160	1	1
30-34	4	5	2	2	83	132		
25-29	3	4	2	2	69	107		
20-24	3	4	2	2	55	81		
15-19	7	5	7	4	58	80		
10-14	36	18	29	17	42	50		
5-9	88	37	144	92	24	21		
0-4	7	3	24	14	46	39		

Quelle: AOK-HIS 2019

© WIdO 2019

Tabelle 4: Kennzahlen der häufigsten Diagnosen bei ergotherapeutischen Verordnungen (AOK, 2018)

Diagnose	Leistungen	Anteil an ergotherapeutischen Leistungen in %	Patienten*	Anteil an ergotherapeutischen Patienten in %	Umsatz in Tsd. €	Anteil am ergotherapeutischen Umsatz in %	Leistungen je Patient	Umsatz je Patient in €
G81 Hemiparese und Hemiplegie	83.950	7,3	23.150	6,4	38.600	9,3	3,6	1.665
F82 Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen	57.950	5,0	23.250	6,5	17.500	4,2	2,5	755
F90 Hyperkinetische Störungen	52.350	4,5	21.000	5,8	16.300	3,9	2,5	775
I63 Hirninfarkt	47.250	4,1	14.150	3,9	19.200	4,6	3,3	1.355
F83 Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen	44.250	3,8	17.600	4,9	14.000	3,4	2,5	795
I69 Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit	44.000	3,8	13.150	3,7	18.650	4,5	3,3	1.415
G82 Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie	34.250	3,0	8.950	2,5	17.050	4,1	3,8	1.905
F98 Andere Verhaltens- und emotionale Störungen	31.100	2,7	12.600	3,5	9.300	2,2	2,5	735
G20 Primäres Parkinson-Syndrom	26.600	2,3	7.700	2,1	10.900	2,6	3,5	1.415
I64 Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet	23.100	2,0	7.000	1,9	9.700	2,3	3,3	1.390
<i>* Mehrfachnennungen möglich</i>								
Quelle: AOK-HIS 2019								
© WIDO 2019								

Tabelle 5: Kennzahlen der häufigsten Diagnosen bei sprachtherapeutischen Verordnungen (AOK, 2018)

Diagnose	Leistungen	Anteil an sprachtherapeutischen Leistungen in %	Patienten*	Anteil an sprachtherapeutischen Patienten in %*	Umsatz in Tsd. €	Anteil am sprachtherapeutischen Umsatz in %	Leistungen je Patient	Umsatz je Patient in €
F80 Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache	446.600	52,1	163.900	55,2	143.050	46,9	2,7	875
R47 Sprech- und Sprachstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	72.250	8,4	26.600	9,0	30.500	10,0	2,7	1.145
R13 Dysphagie	37.850	4,4	13.800	4,6	15.150	5,0	2,7	1.100
I63 Hirninfarkt	21.550	2,5	7.650	2,6	9.800	3,2	2,8	1.280
R49 Störungen der Stimme	21.400	2,5	9.900	3,3	5.750	1,9	2,2	580
F83 Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen	20.000	2,3	8.100	2,7	6.750	2,2	2,5	830
I69 Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit	18.650	2,2	6.750	2,3	8.800	2,9	2,8	1.305
F98 Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	16.650	1,9	7.100	2,4	5.100	1,7	2,3	710
F84 Tief greifende Entwicklungsstörungen	15.650	1,8	6.100	2,0	5.900	1,9	2,6	970
G20 Primäres Parkinson-Syndrom	12.800	1,5	4.350	1,5	5.650	1,9	2,9	1.300

* Mehrfachnennungen möglich

Quelle: AOK-HIS 2019

© Wido 2019

Tabelle 6: Kennzahlen der häufigsten Diagnosen bei physiotherapeutischen Verordnungen (AOK, 2018)

Diagnose	Leistungen	Anteil an physiotherapeutischen Leistungen in %	Patienten*	Anteil an physiotherapeutischen Patienten in %	Umsatz in Tsd. €	Anteil an physiotherapeutischem Umsatz in %	Leistungen je Patient	Umsatz je Patient in €
M54 Rückenschmerzen	2.352.400	18,8	1.305.300	29,6	232.250	12,5	1,8	180
M75 Schulterläsionen	554.000	4,4	274.600	6,2	56.300	3,0	2,0	205
I89 Sonstige nichtinfektiöse Krankheiten der Lymphgefäße und Lymphknoten	553.900	4,4	173.450	3,9	165.150	8,9	3,2	950
M53 Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	525.650	4,2	301.087	6,8	52.000	2,8	1,7	175
M51 Sonstige Bandscheibenschäden	435.750	3,5	221.850	5,0	45.100	2,4	2,0	205
M47 Spondylose	410.000	3,3	226.200	5,1	42.800	2,3	1,8	190
M99 Biomechanische Funktionsstörungen	390.950	3,1	249.350	5,7	40.000	2,1	1,6	160
Z98 Sonstige Zustände nach chirurgischem Eingriff	330.750	2,6	135.100	3,1	39.400	2,1	2,4	290
Z96 Vorhandensein von anderen funktionellen Implantaten	316.950	2,5	114.650	2,6	40.800	2,2	2,8	355
M62 Sonstige Muskelkrankheiten	264.850	2,1	156.250	3,5	28.650	1,5	1,7	185
M17 Gonarthrose	247.450	2,0	124.900	2,8	27.400	1,5	2,0	220
M48 Sonstige Spondylopathien	191.950	1,5	87.460	2,0	22.850	1,2	2,2	260
G81 Hemiparese und Hemiplegie	188.900	1,5	53.150	1,2	59.400	3,2	3,6	1.115
M77 Sonstige Enthesopathien	178.700	1,4	102.150	2,3	15.800	0,8	1,7	155
R26 Störungen des Ganges und der Mobilität	166.400	1,3	67.550	1,5	31.250	1,7	2,5	460
M23 Binnenschädigung des Kniegelenkes	156.350	1,3	79.250	1,8	15.950	0,9	2,0	200
M25 Sonstige Gelenkrankheiten	151.050	1,2	89.050	2,0	15.750	0,8	1,7	175
M16 Koxarthrose	147.050	1,2	76.600	1,7	17.050	0,9	1,9	220
C50 Bösartige Neubildung der Brustdrüse	146.500	1,2	44.850	1,0	48.850	2,6	3,3	1.090
G82 Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie	145.050	1,2	34.850	0,8	51.350	2,8	4,2	1.475
* Mehrfachnennungen möglich								
Quelle: AOK-HIS 2019								

Tabelle 7: Kennzahlen der häufigsten physiotherapeutischen Maßnahmen (AOK, 2018)

Maßnahmen	Leistungen in Tsd.	Anteil an physio- therapeu- tischen Leistungen in %	Patienten in Tsd. (Mehrfach- nennun- gen)	Anteil an physio- therapeu- tischen Patienten in %	Umsatz in Tsd. € (nur Heilmittel)	Anteil am physio- therapeu- tischen Umsatz in %	Leistungen je Patient	Heil- mittel- umsatz* je Patient
Krankengymnastik, normal	6.200	49,5	2.900	65,8	721.750	42,4	2,1	250
Manuelle Therapie	1.800	14,4	1.100	25,0	222.150	13,0	1,6	200
Wärme-/Kälte- therapie	1.350	10,8	850	18,9	66.600	3,9	1,6	80
Manuelle Lymphdrainage	1.350	10,7	450	9,8	349.300	20,5	3,1	815
Krankengymnastik, ZNS, Erwachsene	750	6,1	200	4,4	223.050	13,1	3,9	1.140
Massage	500	4,1	400	8,8	35.550	2,1	1,3	90
Elektrotherapie	150	1,2	100	2,4	5.450	0,3	1,5	50
Krankengymnastik, ZNS, Kinder	150	1,1	50	1,4	41.850	2,5	2,2	675
Gerätegestützte Krankengymnastik	100	0,9	50	1,3	22.650	1,3	1,9	400
Traktion	75	0,6	50	1,1	2.200	0,1	1,5	45
<i>* ohne Zusatzleistungen</i>								
Quelle: AOK-HIS 2019								© Wido 2019

Tabelle 8: Leistungen je 1.000 Kinder bis 14 Jahre nach Leistungsbereichen (AOK, 2018)

Alter	Physiotherapie		Ergotherapie		Sprachtherapie		Alle Bereiche	
	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen
0	129	99	1	1	2	2	132	102
1	170	142	3	2	4	5	177	149
2	59	55	6	4	10	7	75	66
3	43	36	18	10	62	33	123	78
4	43	36	63	26	245	142	352	204
5	51	41	165	63	525	334	741	438
6	58	44	306	112	675	444	1.039	600
7	54	45	296	117	439	271	789	433
8	59	53	256	119	265	157	580	329
9	63	58	231	110	192	113	487	280
10	70	69	179	88	139	81	389	237
11	73	82	121	61	95	57	289	200
12	83	99	83	42	66	40	233	180
13	98	122	63	30	46	28	206	180
14	118	149	43	22	35	22	196	193

Quelle: AOK-HIS 2019 © WIdO 2019

Tabelle 9: Die jeweils häufigsten Diagnosen nach Leistungsanteil, Alter in Zwei-Jahres-Schritten (AOK, 2018)

Alter	ICD-Diagnose	Leistungen	Anteil in %
13 bis 14 Jahre 95.200 Leistungen	M41 Skoliose	13.350	14,0
	F80 Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache	8.200	8,6
	F90 Hyperkinetische Störungen	3.950	4,1
	M54 Rückenschmerzen	3.850	4,1
	F84 Tief greifende Entwicklungsstörungen	3.850	4,1
11 bis 12 Jahre 110.950 Leistungen	F80 Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache	19.700	17,8
	F90 Hyperkinetische Störungen	8.650	7,8
	M41 Skoliose	7.400	6,7
	F83 Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen	5.550	5,0
	F98 Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	5.350	4,8

Alter	ICD-Diagnose	Leistungen	Anteil in %
9 bis 10 Jahre 170.600 Leistungen	F80 Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache	45.550	26,7
	F90 Hyperkinetische Störungen	16.500	9,7
	F83 Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen	11.500	6,7
	F98 Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	10.700	6,3
	F82 Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen	10.650	6,2
7 bis 8 Jahre 260.300 Leistungen	F80 Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache	109.300	42,0
	F82 Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen	20.600	7,9
	F83 Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen	18.750	7,2
	F90 Hyperkinetische Störungen	14.700	5,7
	F98 Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	12.200	4,7
5 bis 6 Jahre 350.650 Leistungen	F80 Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache	205.000	58,5
	F82 Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen	23.150	6,6
	F83 Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen	22.250	6,3
	F98 Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	8.650	2,5
	F89 Nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörung	8.500	2,4
3 bis 4 Jahre 350.750 Leistungen	F80 Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache	50.900	50,5
	F83 Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen	6.600	6,5
	F82 Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen	5.250	5,2
	F98 Nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörung	2.700	2,7
	F84 Tief greifende Entwicklungsstörungen	2.650	2,6
1 bis 2 Jahre 67.500 Leistungen	F82 Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen	12.100	18,0
	R27 Sonstige Koordinationsstörungen	6.500	9,6
	Q67 Angeborene Muskel-Skelett-Deformitäten des Kopfes, des Gesichtes, der Wirbelsäule und des Thorax	4.650	6,9
	R29 Sonstige Symptome, die das Nervensystem und das Muskel-Skelett-System betreffen	3.350	5,0
	Q66 Angeborene Deformitäten der Füße	3.200	4,7
Erstes Lebensjahr 15.900 Leistungen	Q67 Angeborene Muskel-Skelett-Deformitäten des Kopfes, des Gesichtes, der Wirbelsäule und des Thorax	2.200	13,9
	R27 Sonstige Koordinationsstörungen	1.750	11,1
	F82 Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen	1.750	10,9
	M99 Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	1.300	8,1
	M43 Sonstige Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens	900	5,6

Quelle: AOK-HIS 2019

© WIdO 2019

Tabelle 10: Versicherte und Heilmittel-Patienten im Altersgruppenvergleich (AOK, 2018)

Altersgruppen	Anzahl Versicherte in Tsd.*	Anteil an Versicherten in %	Patienten je 1.000 Versicherte			Heilmittel insgesamt**
			Ergotherapie	Sprachtherapie	Physiotherapie	
90+	390	1,4	26	10	260	310
85-89	690	2,5	26	10	286	337
70-74	1.100	4,1	23	9	295	344
80-84	1.203	4,4	20	9	288	329
75-79	1.300	4,8	16	7	260	295
65-69	1.450	5,4	13	6	238	265
60-64	1.650	6,1	13	5	246	265
60 und älter	7.750	28,6	18	7	265	301
20-59	14.350	52,9	6	2	148	153
0-19	5.000	18,5	25	41	45	99
Alle	27.100	100,0	13	11	163	186

* Stichtagsversicherte
** Zählung inkl. Podologie, Patienten einmal gezählt, keine Summenbildung

Quelle: AOK-HIS 2019 © WIdO 2019

Tabelle 11: Versicherte und Heilmittelleistungen im Altersgruppenvergleich (AOK, 2018)

Altersgruppen	Anzahl Versicherte in Tsd.*	Anteil an Versicherten in %	Leistungen je 1.000 Versicherte			Heilmittel insgesamt**
			Ergotherapie	Sprachtherapie	Physiotherapie	
90+	390	1,4	93	27	916	1.137
85-89	690	2,5	93	30	992	1.235
70-74	1.100	4,1	83	29	1.007	1.244
80-84	1.203	4,4	73	28	971	1.178
75-79	1.300	4,8	59	23	858	1.034
65-69	1.450	5,4	48	19	747	884
60-64	1.650	6,1	46	15	738	842
60 und älter	7.750	28,6	65	23	869	1.045
20-59	14.350	52,9	21	7	374	409
0-19	5.000	18,5	94	116	70	280
Alle	27.100	100,0	43	32	464	567

* Stichtagsversicherte
** Zählung inkl. Podologie

Quelle: AOK-HIS 2019 © WIdO 2019

9 Rechtliche und technische Rahmenbedingungen, Datenbasis

Heilmittel sind von entsprechend qualifizierten Therapeuten persönlich erbrachte medizinisch-therapeutische Dienstleistungen. Als Heilmittel gelten in diesem Zusammenhang die vom Gemeinsamen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (G-BA) anerkannten Maßnahmen

- der Physikalischen Therapie und Physiotherapie wie beispielsweise Manuelle Therapie, Krankengymnastik, auch der Podologie,
- der Sprachtherapie, unter der hier Anwendungen bei Stimm-, Sprech-, Schluck- und Sprachstörungen zusammengefasst werden,
- der Ergotherapie, die bei Störungen im Bereich der Motorik, der Sinnesorgane sowie der geistigen und psychischen Fähigkeiten zum Einsatz kommen,
- der Ernährungstherapie, die bei seltenen angeborenen Stoffwechselfstörungen zur richtigen Ernährung berät.

9.1 Verordnungsfähigkeit und Abrechnung

Heilmittel werden gemäß § 92 Absatz 6 des Sozialgesetzbuchs V (SGB V) nach den Richtlinien des G-BA vom Arzt verordnet, um die Beeinträchtigungen durch eine Krankheit abzumildern, eine Krankheit ausheilen zu lassen oder ein Fortschreiten der Erkrankung aufzuhalten (www.g-ba.de). Bei Kindern und Jugendlichen werden Heilmitteltherapien vor allem eingesetzt, um der Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung frühzeitig entgegenzuwirken. Die Heilmittelversorgung von Kindern unterscheidet sich dabei leistungsrechtlich von der sogenannten Frühförderung. Die hier im Rahmen des vorliegenden Berichts betrachteten ergotherapeutischen, sprachtherapeutischen, podologischen

und physiotherapeutischen Leistungen betreffen die Leistungen, die als Heilmittel im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung mit den Krankenkassen abgerechnet werden. Unberücksichtigt bleiben neben der Frühförderung auch Kurleistungen, Rehabilitationsleistungen und weitere präventive Leistungen sowie Leistungen von Palliativmedizinern nach SAPV (besondere Verträge zur spezialisierten Palliativversorgung) oder Zahnärzten. Für die Verordnung von Heilmitteln durch den Arzt und die Abrechnung des Leistungserbringers mit den Kassen gelten bundesweit einheitliche Richtlinien.

Die Erkrankungen und Störungen, die die Verordnung eines Heilmittels begründen, werden nach einem im Heilmittelkatalog beschriebenen System klassifiziert und als Indikationen bezeichnet (Heilmittelkatalog Teil 2: Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen nach § 92 Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 SGB V). Seit 2014 werden vom verordnenden Arzt auf dem Verordnungsvordruck auch Diagnosen aufgetragen, die gemäß der internationalen Klassifikation der Erkrankungen kodiert werden (ICD), deren deutsche Modifikation vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information herausgegeben und jährlich aktualisiert wird (DIMDI 2016). Leistungserbringer kodieren die ausgeführte Therapie nach dem Bundeseinheitlichen Heilmittelpositionsnummernverzeichnis (www.gkv-spitzenverband.de). Das Sozialgesetzbuch V (SGB V) regelt in § 302, dass die Erbringer von Heilmittelleistungen verpflichtet sind, den Krankenkassen Daten über ihre Leistungen in elektronischer Form zu übermitteln. Es regelt auch die Vereinheitlichung der Abrechnungsverfahren der Spitzenverbände der Krankenkassen (www.gkv-datenaustausch.de). Zusammen mit den Informationen zu Arzt und Leistungserbringer sowie den Informationen der Krankenversicherungskarte zu Alter und Geschlecht des Patienten, der Versichertennummer und dem Versichertenstatus entstehen damit die sogenannten Routinedaten nach § 302 SGB V.

Die gesetzlichen Krankenkassen führen seit 2005 ihre ungeprüften Heilmitteldaten kassenartenübergreifend ohne Patientenbezug in einem GKV-Heilmittel-Informationssystem (GKV-HIS) zusammen und veröffentlichen vierteljährlich Quartalsberichte. Diese standardisierten Quartalsberichte über die Entwicklungen der Heilmittelausgaben werden auf der Grundlage eines eingeschränkten Datensatzes der oben beschriebenen Daten nach § 302 SGB V erstellt. Die AOK führt kontinuierlich eigene, bereits geprüfte Heilmitteldaten im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WiDO) in einem AOK-Heilmittel-Informationssystem (AOK-HIS) zusammen. Die hier vorgestellten Kennzahlen zur Inanspruchnahme von Heilmitteltherapien wurden aus diesen beiden Datenpools generiert.

9.2 Datenbasis und Methodik

Bei den hier vorliegenden Ergebnissen werden in der Regel zunächst die GKV-Heilmitteldaten aus den Rohdaten des GKV-Heilmittelinformationssystems (GKV-HIS) herangezogen. Bei den Heilmitteldaten des GKV-HIS handelt es sich um ungeprüfte Daten. Die hier berichteten GKV-Werte weichen von denen im GKV-HIS ab, da dort viermal im Jahr erhobene so genannte Schnellinformationen summiert werden. Bei den hier publizierten Werten handelt es sich um Berechnungen aus den kumulierten Daten inklusive Nachlieferungen, die jeweils erst im darauffolgenden Jahr zur Verfügung stehen.

Die im AOK-Heilmittel-Informationssystem (AOK-HIS) für das Jahr 2018 erfassten und analysierten Daten stammen von AOK-Versicherten. Bei diesen Daten handelt es sich um „geprüfte“ Daten. Die Heilmitteldaten der AOK-Versicherten ermöglichen die Betrachtung der tatsächlichen Inanspruchnahme, da der Patientenbezug anonymisiert erhalten geblieben ist. Die Heilmittelverordnungsdaten der AOK-Versicherten werden ausgewertet, wenn die GKV-Analysen vertiefend um Analysen zu Patientenzahlen, Geschlecht, Diagnosen und Pflegebedürftigkeit ergänzt werden sollen. Aus Datenschutzgründen werden die Institutskennezeichen der Leistungserbringer sowie die lebenslange Arztnummer (LANR) und die Betriebsstättennummer des verordnenden

Arztes pseudonymisiert. Die sprechenden Stellen der jeweiligen Nummern, die Aufschluss über die spezifische Qualifikation geben (Facharztgruppe, Leistungserbringergruppe), sowie das Regionalmerkmal (Kassenärztliche Vereinigung bzw. Bundesland) werden verwendet. Die Versichertennummern in den Verordnungsdaten der AOK werden ebenfalls durch ein Verfahren pseudonymisiert, das alle Leistungen eines Versicherten auffindbar macht, gleichzeitig aber den Rückschluss auf die konkrete Person verhindert.

Seit 2015 liegen in den AOK-Verordnungsdaten die auf dem Vordruck vom Arzt als Behandlungsanlass angegebenen ICD-Diagnosen vor. Für Analysen nach Diagnose wurden die zuerst genannten dreistelligen ICD-Diagnosecodes herangezogen (vgl. die amtliche Klassifikation für Diagnosen in der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland, hrsg. von DIMDI – Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information). Trotz möglicher Limitationen (vgl. Routinedaten im Gesundheitswesen, hrsg. von Swart, E et al. 2014) sind die ICD-Diagnosen bei der Auswertung der Inanspruchnahme von großer Relevanz, da die Kodierung in der Detailschärfe weit über die Heilmittel-Indikationen hinausgeht und zudem für die Inanspruchnahme im ambulanten Bereich damit erstmals die direkte Zuordnung einer Leistung zu einem Behandlungsanlass möglich ist. Für die Zusammenstellung von AOK-Versicherten mit speziellen Diagnosen ohne Heilmittelbezug wurden die ambulanten vertragsärztlichen Abrechnungsdaten nach § 295 Abs. 2 SGB V herangezogen.

10 Glossar

Behandlung:

Die Behandlung ist die einzelne Ausführung (Sitzung) einer Verordnung/Leistung, z. B. eine Massagesitzung der Verordnung „6 x Massage“.

Behandlungen je Leistung/Verordnung:

Die Anzahl der einzelnen Ausführungen (Sitzungen) einer Leistung/Verordnung sind die Behandlungen je Leistung. Bei einer Verordnung von „6 x Massage“ beträgt die Anzahl der Behandlungen je Leistung: 6.

Bruttoumsatz:

Der Bruttoumsatz bezeichnet den Umsatz zu Leistungserbringerabgabepreisen. Darin sind die Kosten für die Krankenkasse und die Zuzahlung des Versicherten enthalten.

Bruttoumsatz je Behandlung:

Der Bruttoumsatz je Behandlung bezeichnet die Kosten einer Behandlung von einer Heilmittelverordnung ohne Zusatzleistungen (z. B. die Kosten einer Massage der Verordnung/Leistung „6 x Massage“).

Bruttoumsatz je Leistung:

Der Bruttoumsatz je Leistung bezeichnet die Gesamtkosten einer verordneten Leistung, also Kosten der Heilmittelleistung und Kosten der Zusatzleistung (z. B. Kosten von „6 x Massage“ und Kosten von „6 x Wegegeld“ etc.), wenn nicht anders angegeben.

Diagnosen:

Auf einem Rezept können bis zu vier Diagnosen aufgebracht sein. Für Auswertungen nach Diagnosen wird im Heilmittelbericht die auf dem Verordnungsblatt zuerst genannte ICD-Diagnose herangezogen.

Facharzt:

Die Facharztgruppe der verordnenden Ärzte wird der entsprechenden Ziffer der lebenslangen Arztnummer (LANR) entnommen.

Leistung:

Mit diesem Begriff wird eine verordnete therapeutische Maßnahme bezeichnet – die Verordnung von „6 x KG, Gerät“ wird als eine Leistung mit sechs Behandlungen gezählt. Auf einem Rezept können teilweise bis zu zwei Leistungen verordnet werden, z. B. Wärmetherapie und Manuelle Therapie auf einem physiotherapeutischen Rezeptvordruck.

Leistungsbereich:

Die Heilmittelleistungen werden hier den Leistungsbereichen Physiotherapie, Podologie, Ergotherapie, Sprachtherapie (Stimm-, Sprech-, Schluck- und Sprachtherapie) und Ernährungstherapie zugeordnet.

Maßnahme:

Die Maßnahmen eines Leistungsbereichs werden über Heilmittelpositionsnummern mit Hilfe des Bundeseinheitlichen Heilmittelpositionsnummernverzeichnisses identifiziert. Dabei werden mehrere nach Heilmittelpositionsnummern ähnliche Leistungen zusammengefasst (z. B. die Positionsnummern X0201 bis X0108 zur Maßnahme „Manuelle Lymphdrainage“).

Nettoumsatz:

Der Nettoumsatz ergibt sich, wenn man vom Bruttoumsatz die von den Patienten geleistete Zuzahlung subtrahiert. Der Nettoumsatz entspricht den Ausgaben der AOK.

Rezept:

Das Rezept ist der Verordnungsvordruck, auf dem der Arzt das Heilmittel, die Diagnose und eventuell den Hausbesuch verordnet. Auf einem Rezept können bis zu zwei Heilmittelleistungen (zum Beispiel bei der Physiotherapie eine ergänzende Wärmetherapie) vom Vertragsarzt benannt werden. Im Heilmittelbericht werden keine Kennzahlen je Rezept ausgewiesen.

Wert je 1.000 Versicherte:

Die Kennzahlen der Umsätze, Behandlungen oder Leistungen je 1.000 Versicherte für Auswertungen nach Kassenärztlichen Vereinigungen werden auf Grundlage der amtlichen Mitgliederstatistik KM6 gebildet. Die KM6 beruht auf einer Stichtagsprobe.

Zusatzleistung:

Diese Leistung muss unter Umständen bei einer Verordnung zusätzlich zur Heilmittelleistung erbracht werden. Zusatzleistungen sind Berichtsgebühr, Hausbesuche und Wegegeld.

Zuzahlung:

Patienten leisten in der Regel zu jeder Heilmittelverordnung eine Zuzahlung, deren Höhe gesetzlich festgelegt ist. Einige Gruppen von Versicherten sind von der Zuzahlungspflicht ausgenommen. Die hier ausgewiesenen Kosten (Umsatz) sind jeweils inklusive des Zuzahlungsanteils berechnet.

11 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Heilmittelausgaben (GKV, 2013 bis 2018).....	5
Abbildung 2: Anteil je GKV-Versicherter (GKV, 2018).....	6
Abbildung 3: Anteil der Leistungsbereiche (GKV, 2018).....	6
Abbildung 4: Verordnete Leistungen je 1.000 Versicherte nach Leistungsbereichen (AOK, 2013 bis 2018).....	7
Abbildung 5: Behandlungen und Umsatz nach Regionen (GKV, 2018).....	8
Abbildung 6: Anteil an Verordnungen nach Facharztgruppen (GKV, 2018).....	9
Abbildung 7: Leistungserbringer* (AOK, 2018).....	9
Abbildung 8: Heilmittelpatienten noch je 1.000 Versicherte nach Alter und Geschlecht (AOK, 2018).....	10
Abbildung 9: Patienten je 1.000 Versicherte nach Leistungsbereichen (AOK, 2019).....	11
Abbildung 10: Regionale Unterschiede bei ergotherapeutischen Behandlungen und Kosten (GKV, 2018).....	12
Abbildung 11: Ergotherapeutische Patienten und Leistungen nach Facharztgruppen (AOK, 2018).....	13
Abbildung 12: Die fünf häufigsten Diagnosen bei ergotherapeutischen Patienten (AOK,2018).....	14
Abbildung 13: Die häufigsten ergotherapeutischen Maßnahmen, Leistungen und Umsatz* (AOK, 2018).....	15
Abbildung 14: Regionale Unterschiede bei sprachtherapeutischen Behandlungen und Kosten (GKV, 2018).....	16
Abbildung 15: Sprachtherapeutische Verordnungen und Patienten nach Facharztgruppen (AOK, 2018).....	17
Abbildung 16: Die fünf häufigsten Diagnosen bei sprachtherapeutischen Patienten (AOK, 2018).....	18
Abbildung 17: Regionale Unterschiede bei physiotherapeutischen Behandlungen und Kosten (GKV, 2018).....	19
Abbildung 18: Physiotherapeutische Leistungen und Patienten nach Facharztgruppen (AOK, 2017).....	20
Abbildung 19: Die häufigsten Diagnosen bei physiotherapeutischen Patienten (AOK, 2018).....	21
Abbildung 20: Die häufigsten physiotherapeutischen Maßnahmen, Leistungen und Umsatz (AOK, 2018).....	22
Abbildung 21: Anzahl der Patienten mit chronischen, unspezifischen Rückenschmerzen je 1.000 Versicherte, insgesamt und getrennt nach Geschlecht (AOK, 2017).....	23
Abbildung 22: Anzahl der Patienten mit Physiotherapie je 1.000 Patienten mit chronischen, un- spezifischen Rückenschmerzen, insgesamt und getrennt nach Geschlecht (AOK, 2017)....	24
Abbildung 23: Rate der Patienten mit chronischen, unspezifischen Rückenschmerzen mit und ohne Physiotherapie je 1.000 Versicherte (AOK, 2017).....	25

Abbildung 24: Anteil der Patienten mit chronischen, unspezifischen Rückenschmerzen 2017, die in den Vorjahren bereits erkrankt waren, insgesamt und getrennt nach Geschlecht (AOK, 2013 bis 2017)	25
Abbildung 25: Anteil der Physiotherapiepatienten an den Patienten mit chronischen, unspezifischen Rückenschmerzen 2017, die 2015 bereits erkrankt waren, insgesamt und getrennt nach Geschlecht (AOK, 2015/2017)	26
Abbildung 26: Regionale Unterschiede bei podologischen Behandlungen und Kosten (GKV, 2018)	27
Abbildung 27: Podologische Leistungen und Patienten nach Facharztgruppen (AOK, 2018)	28
Abbildung 28: Patientenrate bis 14 Jahre nach Leistungsbereichen (AOK, 2018)	29
Abbildung 29: Patientenrate bei sechsjährigen Versicherten im Zeitverlauf (AOK, 2014 bis 2018)	30
Abbildung 30: Regionale Unterschiede in der Patientenrate bei Kindern bis einschließlich 14 Jahre (AOK, 2018).	31
Abbildung 31: Die zehn häufigsten Diagnosen nach Patientenzahlen bei Kindern bis 14 Jahre (AOK, 2018).	32
Abbildung 32: Maßnahmen bei Kindern bis einschließlich 14 Jahre (AOK, 2018)	33
Abbildung 33: Patientenrate in den verschiedenen Altersgruppen (AOK, 2018)	34
Abbildung 34: Die häufigsten 10 Diagnosegruppen bei Heilmittelpatienten ab 60 Jahre	35
Abbildung 35: Die häufigsten Maßnahmen bei Patienten ab 60 Jahre (AOK, 2018)	35