

Andrea Waltersbacher



Heilmittelbericht 2017

- Ergotherapie
- Sprachtherapie
- Physiotherapie
- Podologie

Wissenschaftliches Institut der AOK

Inhaltsverzeichnis

1	Kurzfassung des Berichtes	4
1.1	Überblick über den aktuellen Heilmittelmarkt.	4
1.2	Ergotherapie.	4
1.3	Sprachtherapie.	5
1.4	Physiotherapie.	6
1.5	Podologie.	6
1.6	Kinder bis 14 Jahre als Heilmittelpatienten.	7
1.7	Heilmittelpatienten ab 60 Jahre.	7
1.8	Datenbasis.	7
2	Zur Einführung	8
2.1	Rechtliche und technische Rahmenbedingungen.	8
2.2	Datenbasis und Methodik.	9
3	Überblick über den aktuellen Heilmittelmarkt	10
3.1	Verordnungen und Umsatz.	10
3.2	Regionale Unterschiede.	13
3.3	Verordnende Arztgruppen.	13
3.4	Leistungserbringer.	14
3.5	Heilmittelpatienten.	14
4	Ergotherapie	17
4.1	Verordnungen und Umsatz.	17
4.2	Regionale Unterschiede.	17
4.3	Verordnende Arztgruppen.	18
4.4	Ergotherapeutische Patienten und Leistungen nach Alter und Geschlecht.	19
4.5	Diagnosen und ergotherapeutische Maßnahmen.	19
5	Sprachtherapie	21
5.1.	Verordnungen und Umsatz.	21
5.2	Regionale Unterschiede.	21
5.3	Verordnende Arztgruppen.	22
5.4	Sprachtherapeutische Patienten und Leistungen nach Alter und Geschlecht.	23
5.5	Sprachtherapeutische Diagnosen.	24
6	Physiotherapie	25
6.1	Verordnungen und Umsatz.	25
6.2	Regionale Unterschiede.	26
6.3	Verordnende Arztgruppen.	26
6.4	Physiotherapeutische Patienten und Leistungen nach Alter und Geschlecht.	26
6.5	Diagnosen und physiotherapeutische Maßnahmen.	29
6.6	Prävalenz und Heilmitteltherapie bei Patienten mit Rückenschmerzen (ICD-M54).	30
7	Podologie	32
7.1	Verordnungen und Umsatz.	32
7.2	Regionale Unterschiede.	32
7.3	Verordnende Arztgruppen.	34
7.4	Podologische Patienten und Leistungen nach Alter und Geschlecht.	35
8	Kinder bis 14 Jahre als Heilmittelpatienten	35
8.1	Patienten und Leistungen nach Alter und Geschlecht.	36
8.2	Regionale Unterschiede.	37
8.3	Patienten und Leistungen nach Diagnosen.	37
9	Heilmittelpatienten ab 60 Jahre	39
9.1	Patienten und Leistungen.	39
9.2	Diagnosen und Maßnahmen bei Patienten ab 60 Jahre.	39
10	Glossar	40
	Fußnoten	41
	Abbildungsverzeichnis	42
	Tabellenverzeichnis	43
	Impressum	44

Andrea Waltersbacher

Heilmittelbericht 2017

- Ergotherapie
- Sprachtherapie
- Physiotherapie
- Podologie

1 Kurzfassung des Berichtes

1.1 Überblick über den aktuellen Heilmittelmarkt

Heilmittel umfassen ergotherapeutische, sprachtherapeutische, podologische und physiotherapeutische Leistungen, die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung mit den Krankenkassen abgerechnet werden. Die Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenkassen betragen 2016 insgesamt 223 Mrd. Euro. Davon entfielen 2,9 Prozent auf Ausgaben für Heilmittelleistungen: 6,5 Milliarden Euro (Umsatz der AOK-Versicherten: 2,3 Mrd. Euro). Über einen Zeitraum von zehn Jahren betrachtet stiegen die GKV-Ausgaben für Heilmittel um rund 67 Prozent und damit überproportional im Vergleich zu den Ausgaben für die Leistungen insgesamt, die um rund 55 Prozent stiegen. Bezieht man den Umsatz von 6,5 Milliarden Euro auf alle GKV-Versicherten, wurden von jeweils 1.000 GKV-Versicherten Therapien im Gegenwert von 92.291 Euro in Anspruch genommen. Seit 2010 stieg der Umsatz je 1.000 GKV-Versicherter damit um 41,3 Prozent.

Im Jahr 2016 wurde insgesamt 37,4 Millionen mal eine Heilmittelverordnung (Rezept) für einen der 71,4 Millionen Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung ausgestellt. Die laut Bundesarztregister vom 31.12.2016 knapp 146.000 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte haben damit etwa 44,9 Millionen Leistungen verordnet, davon 15,8 Millionen an AOK-Versicherte. Bei durchschnittlich sieben Behandlungssitzungen je Leistung wurden zusammen rund 310 Mio. einzelne Behandlungen zu Lasten der GKV erbracht (AOK: 109 Millionen).

Der Anteil der vier Leistungsbereiche an der Heilmittelversorgung ist unterschiedlich groß. Ergotherapie und Sprachtherapie bilden mit einem Anteil von 6,9 Prozent (AOK: 7,0) bzw. 4,9 Prozent (AOK: 5,6) kleine Segmente des Verordnungsumfanges, sie erreichten aber als vergleichsweise teure therapeutische Mittel einen höheren Umsatzanteil von 14,7 Prozent bzw. 10,7 Prozent (AOK: 15,0 bzw. 11,9). In die physiotherapeutischen Leistungen fließen auch die preiswerten ergänzenden Maßnahmen wie Heißluft und Fangopackung mit ein, deshalb ist trotz des hohen Verordnungsanteils

von 84,3 Prozent der Umsatzanteil mit 71,7 Prozent geringer. Der kleine Bereich der Podologie beteiligte sich mit 3,9 Prozent an den Verordnungen und mit 2,8 Prozent am Heilmittelumsatz.

Insgesamt stellten 65.328 Anbieter von Heilmittelleistungen in Praxen und 1.024 Krankenhäuser 2016 die Versorgung sicher (berechnet auf Basis von Instituts-kennzeichen, die mit der AOK abgerechnet haben). In der Sprachtherapie wurden die AOK-Versicherten in insgesamt 9.843 Praxen von Sprachtherapeuten, Logopäden, Pädaudiologen oder Sprachheilbehandlern therapiert. Im Bereich der Ergotherapie behandelten Beschäftigungs- und Suchttherapeuten in 8.873 Praxen die AOK-Versicherten. Bademeister und Masseur sind mit 4.491 Praxen gegenüber den Vorjahren weiter rückläufig, während die Zahl der Krankengymnasten und Physiotherapeuten mit 36.920 Praxen zugenommen hat. Die Zahl der podologischen Leistungserbringer erhöhte sich auf 5.227.

Im Jahr 2016 wurde 5,06 Millionen AOK-Versicherten mindestens eine Heilmittelleistung verordnet. Dies entspricht einer Patientenrate von 19,8 Prozent (Männer: 16,0 Prozent, Frauen: 23,4 Prozent). Von den 5,06 Mio. AOK-Heilmittelpatienten waren nicht ganz zwei Drittel weiblich (knapp 61 Prozent). Die Patientenrate bei Kindern zeigt ein umgekehrtes Geschlechterverhältnis als der Überblick über alle Altersgruppen: 60 Prozent der Heilmittelpatienten bis einschließlich 14 Jahre waren Jungen. Kinder bis einschließlich 14 Jahre stellten 7,7 Prozent der Heilmittelpatienten insgesamt.

1.2 Ergotherapie

Die Ergotherapie kommt bei Störungen im Bereich der Motorik, der Sinnesorgane sowie der geistigen und psychischen Fähigkeiten zum Einsatz. Auf diesen Bereich entfielen 3,08 Millionen Leistungen (AOK: 1,1 Mio.) mit einem Umfang von 26 Millionen Behandlungen (AOK: 9,3 Mio.). Damit kamen auf jeweils 1.000 GKV-Versicherte im Durchschnitt 364 ergotherapeutische Behandlungen in 43,2 Leistungen.

Der Umsatz für die Versorgung der GKV-Versicherten mit ergotherapeutischen Maßnahmen summierte sich auf 968,7 Millionen Euro. Damit betrug der Anteil der Ergotherapie 14,7 Prozent des gesamten Heilmittelumsatzes von 6,6 Milliarden Euro. Der Umsatz je 1.000 GKV-Versicherte lag 2016 bei 13.558 Euro (AOK: 13.718 Euro).

Die durchschnittlichen Kosten für eine ergotherapeutische Leistung ohne Zusatzleistungen, wie z. B. Hausbesuchspauschalen oder Wegegelder, lagen bei 283,46 Euro, mit Zusatzleistungen bei 319,21 Euro.

Die Patientenrate betrug bei den AOK-Versicherten 1,3 Prozent (Männer: 1,4 und Frauen: 1,2). Der Spitzenwert lag in der Altersgruppe der Fünf- bis Neunjährigen: Die Patientenrate der Jungen betrug 9,5 Prozent und die der Mädchen 4,1 Prozent. Verteilt man die 1.096.900 ergotherapeutischen Leistungen zu Lasten der AOK auf die rund 331.600 ergotherapeutischen Patienten unter den AOK-Versicherten, so hat ein Patient durchschnittlich 3,3 Leistungen mit zusammen 28 Behandlungen erhalten. Die jährlichen Therapiekosten beliefen sich 2016 rein rechnerisch auf 1.056 Euro je ergotherapeutischer Patient.

Allgemeinmediziner und Praktische Ärzte versorgten 30,5 Prozent der ergotherapeutischen (AOK-)Patienten und veranlassten so 32,1 Prozent der Leistungen. Ärzte der Kinder- und Jugendmedizin verordneten – entsprechend dem großen Anteil kindlicher Patienten in der Ergotherapie – mehr als ein Viertel der Leistungen (24,9 Prozent) und versorgten mehr als ein Fünftel der Patienten (23,2 Prozent).

Gemessen am Anteil an den ergotherapeutischen Patienten waren die ICD-Diagnosen „F82 Umschriebene Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen“ (7,0 Prozent), „F90 Hyperkinetische Störungen“ (6,1 Prozent) und „G81 Hemiparese und Hemiplegie“ (6,1 Prozent) die häufigsten Anlässe für eine Ergotherapie.

Für fast die Hälfte der ergotherapeutischen (AOK-)Patienten des Jahres 2016 rechnete ein Leistungserbringer eine Erstuntersuchung/Befunderhebung ab (48,7 Prozent). Innerhalb der verordneten ergotherapeutischen Maßnahmen dominierte mit der Hälfte aller ergotherapeutischen Leistungen (Einzel- und Gruppenbehandlungen) die Behandlung bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen.

1.3 Sprachtherapie

Im Jahr 2016 wurden 2,21 Millionen (AOK: 886.700) der insgesamt 44,9 Millionen Heilmittelleistungen zur Therapie von Störungen des Sprechens, der Sprache, der Stimme und des Schlucktraktes verordnet. Das entspricht einem Volumen von rund 17,5 Millionen einzelnen Behandlungen (AOK: 7 Mio.). Im Durchschnitt entfielen 245 sprachtherapeutische Behandlungen in 31 Leistungen auf jeweils 1.000 GKV-Versicherte.

Der Umsatz für die Versorgung der GKV-Versicherten mit sprachtherapeutischen Maßnahmen betrug 704 Millionen Euro. Der sprachtherapeutische Umsatz pro 1.000 GKV-Versicherte stieg 2016 auf 9.850 Euro. Eine sprachtherapeutische Leistung – ohne Zusatzleistung – kostete 2016 im Bundesdurchschnitt 296,03 Euro, mit Zusatzleistung 318,14 Euro.

Die Patientenrate der AOK-Versicherten betrug in der Ergotherapie 1,2 Prozent (Männer: 1,4 Prozent und Frauen: 1,0 Prozent). Auch in diesem Bereich gibt es eine spezifische Altersgruppe mit besonders hoher Patientenrate: 12,7 Prozent der Fünf- bis Neunjährigen nahmen sprachtherapeutische Leistungen in Anspruch, 15,0 Prozent der Jungen und 10,1 Prozent der Mädchen. Verteilt man die 886.700 sprachtherapeutischen Heilmittelleistungen des Jahres 2016 zu Lasten der AOK nicht auf alle AOK-Versicherten, sondern ausschließlich auf die rund 302.300 Patienten der Sprachtherapie, dann wurden jeweils 2,93 Leistungen mit zusammen 23,3 Behandlungssitzungen je Patient in Anspruch genommen. Die durchschnittlichen jährlichen Therapiekosten belaufen sich auf rund 924 Euro je sprachtherapeutischer Patient.

Die Gruppe der Kinder- und Jugendärzte war mit einem Verordnungsanteil von 41,9 Prozent an den sprachtherapeutischen Heilmittelleistungen für AOK-Versicherte und einem Anteil von 42,7 Prozent der sprachtherapeutischen Patienten der AOK die bestimmende Facharztgruppe in diesem Leistungsbereich.

Für gut die Hälfte der AOK-versicherten sprachtherapeutischen Patienten (das sind rund 153.500 Patienten) war die Diagnose „F80 Umschriebene Entwicklungsstörungen der Sprache und des Sprechens“ der Verordnungsanlass. Der Anteil der Leistungen an AOK-Versicherte aufgrund dieser Diagnose betrug 52,5 Prozent.

Die mit „R47 Sprech- und Sprachstörungen“ kodierten Leistungen machten dagegen nur einen Verordnungsanteil von 7,8 Prozent aus und betrafen knapp 8 Prozent der sprachtherapeutischen Patienten der AOK.

1.4 Physiotherapie

Rund 37,9 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 2016 in Anspruch genommen (AOK: 13 Mio. Leistungen). Dies entspricht 260 Millionen einzelnen Behandlungen (AOK: 89,8 Mio). Im Durchschnitt haben jeweils 1.000 GKV-Versicherte rund 530 physiotherapeutische Leistungen mit zusammen 3.642 Behandlungen erhalten.

Der Umsatz der physiotherapeutischen Leistungen der GKV betrug 2016 4,7 Milliarden Euro (AOK: 1,6 Mrd. Euro). Die rein rechnerischen Kosten für jeden GKV-Versicherten lagen damit bei 66,14 Euro. Die durchschnittliche physiotherapeutische Leistung ohne Zusatzleistungen kostete 2016 in der GKV 115,16 Euro, mit Zusatzleistungen 124,86 Euro.

Die physiotherapeutische Patientenrate lag bei den AOK-Versicherten bei 17,5 Prozent. Bei den männlichen Versicherten lag die Patientenrate bei 13,4 Prozent und bei den weiblichen Versicherten bei 21,4 Prozent. Die Patientenrate war in der Altersgruppe der 80- bis 84-Jährigen mit 29,4 Prozent am höchsten. Verteilt man die Kennzahlen der physiotherapeutischen Heilmittelleistungen des Jahres 2016 für die an AOK-Versicherte verordneten Therapien nicht auf alle Versicherten, sondern auf die tatsächlichen Patienten, dann haben die mehr als 4,46 Millionen Patienten im Durchschnitt jeweils 2,9 Leistungen mit zusammen 20,14 Behandlungen erhalten. Die jährlichen Kosten je Patient summierten sich auf 365 Euro.

Fast der Hälfte der physiotherapeutischen Patienten der AOK (45,3 Prozent) wurde die Therapie von Allgemeinmedizinern bzw. Praktischen Ärzten verordnet: Sie veranlassten fast 40 Prozent aller physiotherapeutischen Leistungen. Die Facharztgruppe der Orthopäden veranlasste 28,0 Prozent der Physiotherapien

und versorgte damit 36,3 Prozent der Patienten.

Für knapp ein Drittel der physiotherapeutischen Patienten (31,5 Prozent) waren Rückenschmerzen (ICD-M54) der Anlass für die Verordnung. Gut 1,4 Millionen AOK-Versicherte waren 2016 davon betroffen.

Knapp 6,1 Millionen Leistungen der normalen Krankengymnastik wurden von rund 2,8 Millionen AOK-Versicherten 2016 in Anspruch genommen. Patienten dieser physiotherapeutischen Maßnahme machten mit 63,4 Prozent schon fast zwei Drittel der physiotherapeutischen Patienten aus, die Leistungen nahezu die Hälfte aller physiotherapeutischen Leistungen (46,7 Prozent). Fast ein Viertel der Patienten nahm knapp 1,93 Millionen Leistungen der Manuellen Therapie in Anspruch – ein Anteil von weiteren 12,5 Prozent an den Leistungen.

1.5 Podologie

Die Podologie ist eine spezielle medizinische Fußpflege, die bei Diabetikern mit dem Diabetischen Fußsyndrom angewendet wird. Rund 1,7 Millionen podologische Leistungen mit zusammen 6,5 Millionen Behandlungssitzungen wurden 2016 von den GKV-Versicherten in Anspruch genommen (AOK: 771.700 Leistungen, 2,86 Mio. Behandlungen). Auf 1.000 GKV-Versicherte entfielen jeweils 24,3 Leistungen mit zusammen 91 Behandlungen.

Die podologischen Therapien erreichten einen Umsatz von 186,2 Millionen Euro (AOK: 81,9 Mio. Euro). Eine durchschnittliche podologische Leistung kostete ohne Zusatzleistungen wie Hausbesuche oder Wegepauschalen 101,22 Euro und mit Zusatzleistungen 107,16 Euro.

Die Rate der mit podologischen Maßnahmen behandelten AOK-Versicherten betrug 1,5 Prozent (Männer: 1,4 Prozent und Frauen 1,6 Prozent). Die Rate steigt mit zunehmendem Lebensalter der Versicherten an und lag bei den 80- bis 84-Jährigen am höchsten: 6,3 Prozent der AOK-versicherten Männer und 5,8 Prozent der AOK-versicherten Frauen nahmen podologische Leistungen in Anspruch. Verteilt man die Kennzahlen der podologischen Heilmittelleistungen des Jahres 2016 für die 771.700 an AOK-Versicherte verordneten Therapien nicht auf alle Versicherten, sondern auf die mit einer

podologischen Behandlung, stellt sich die Versorgung so dar: Insgesamt haben die mehr als 375.700 Patienten im Durchschnitt jeweils 2,05 Leistungen mit zusammen 7,63 Behandlungen erhalten. Die jährlichen Kosten je Patient summierten sich auf 218,16 Euro.

Die Verordnung von Podologie liegt fast gänzlich in den Händen zweier Fachgruppen: Allgemeinmediziner und Praktische Ärzte versorgten über 61 Prozent der podologischen Patienten und die Ärzte der Fachgruppe der Internisten versorgten 43 Prozent der podologischen Patienten.

1.6 Kinder bis 14 Jahre als Heilmittelpatienten

Gut 391.400 Kinder bis 14 Jahre nahmen 2016 mindestens eine Heilmittelleistung in Anspruch. Die Patientenrate liegt bei den Jungen bei 13,8 Prozent, bei den Mädchen bei 9,8 Prozent. Die durchschnittliche Patientenrate von 11,8 Prozent zeigt drei Lebensphasen, in denen besonders viele Kinder therapiert werden: die ersten beiden Lebensjahre, in der physiotherapeutische Maßnahmen dominieren, die Zeit kurz vor der Einschulung mit dem Schwerpunkt auf sprachtherapeutischen Maßnahmen und die Zeit kurz nach der Einschulung, in der sich zur sprachtherapeutischen Behandlung noch die ergotherapeutische Inanspruchnahme gesellt.

Für 229.000 Kinder bis 14 Jahre und damit für mehr als die Hälfte der Kinder mit Heilmitteltherapie waren Entwicklungsstörungen (F80-F89) der Anlass der Verordnung (58,5 Prozent). Für fast 40.000 Kinder und damit 10 Prozent der kindlichen Heilmittelpatienten waren diagnostizierte Verhaltensstörungen (F90-F98, beispielsweise F90 Hyperkinetische Störungen) für die Verordnung ausschlaggebend. Weitere Diagnosegruppen hatten jeweils eine Patientenrate von weniger als 5 Prozent.

Die häufigsten Maßnahmen, die von Kindern bis 14 Jahre in Anspruch genommen wurden, waren sprachtherapeutische Maßnahmen (ohne Erstuntersuchung) mit einem Anteil von 37,8 Prozent, gefolgt von ergotherapeutischen Maßnahmen ohne Erstuntersuchung mit einem Anteil an den Leistungen von 22,2 Prozent. Mehr als 10 Prozent aller Leistungen für Kinder bis einschließlich 14 Jahre waren jeweils normale Kran-

kengymnastik bzw. Krankengymnastik auf neurophysiologischer Basis.

Deutlich wird, dass insbesondere die sechsjährigen Kinder beim Übergang vom Kindergarten in die Grundschule häufig mit sprachtherapeutischen Maßnahmen unterstützt werden. Von den sechsjährigen Jungen werden 22,9 Prozent mit Sprachtherapien behandelt, bei den sechsjährigen Mädchen liegt der Vergleichswert bei 15,7 Prozent. Die Rate der Kinder, die in diesem Alter mit einer Logopädie behandelt werden, befindet sich seit Jahren auf hohem Niveau.

1.7 Heilmittelpatienten ab 60 Jahre

Die rund 7,67 Millionen AOK-Versicherten ab 60 Jahre machten fast 30 Prozent der Versicherten, aber 46 Prozent der Heilmittelpatienten aus. Die Patientenrate betrug ab 60 Jahre durchschnittlich 29,2 Prozent, stieg aber bei den 80- bis 84-Jährigen auf 38,3 Prozent an. Mit durchschnittlich über 1.000 Leistungen je 1.000 Versicherte liegt die Inanspruchnahme der 60- bis über 90-Jährigen entsprechend ihrer hohen Patientenrate weit über der Inanspruchnahme anderer Altersgruppen. Neben podologischen nehmen die Versicherten ab 60 Jahre vor allem physiotherapeutische Maßnahmen – und dies mehr als die Vergleichsgruppen – in Anspruch: 2016 waren es 891 physiotherapeutische Leistungen je 1.000 Versicherte.

Mit rund 795.100 Versicherten durchlief ein gutes Fünftel der Versicherten ab 60 Jahre die Heilmitteltherapien aufgrund einer Diagnose aus der Gruppe „M50-M54 Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens“. Mit großem Abstand folgten die Versicherten, deren Diabetes mellitus eine podologische Verordnung ausgelöst hat. Mit Arthrose und Spondylopathien folgten Diagnosen des höheren Alters als Verordnungsanlass physiotherapeutischer Therapien.

1.8 Datenbasis

Die Heilmitteldaten, die hier zur Darstellung der Inanspruchnahme verwendet werden, sind die Routinedaten der Heilmittelversorgung der gesetzlich Versicherten

nach § 302 SGB V, ihr Abrechnungsdatum liegt im jeweiligen Kalenderjahr. In der Regel werden für die Darstellung die GKV-Heilmitteldaten aus den ungeprüften Rohdaten des GKV-Heilmittel-Information-Systems (GKV-HIS) herangezogen. Für tiefergehende Ana-

lysen, die beispielsweise einen Versichertenbezug, die Diagnose oder das Geschlecht benötigen, werden die geprüften Heilmitteldaten des AOK-Heilmittel-Information-Systems (AOK-HIS) verwendet.

2 Zur Einführung

2.1 Rechtliche und technische Rahmenbedingungen

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.

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 vertragsärzt-

lichen 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-daten-austausch.de). Zusammen mit den Informationen zu Arzt und Leistungserbringer sowie den Informationen der Krankenversichertenkarte 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.

2.2 Datenbasis und Methodik

Die Heilmitteldaten, die hier zur Darstellung der Inanspruchnahme verwendet werden, sind Routinedaten der Heilmittelversorgung der gesetzlich Versicherten nach § 302 SGB V, ihr Abrechnungsdatum liegt im jeweiligen Kalenderjahr. Insgesamt wurden 2015 GKV-weit 71,4 Millionen Versicherte versorgt. Bei den hier vorliegenden Ergebnissen werden in der Regel zunächst die GKV-Heilmitteldaten aus den Rohdaten des GKV-Heilmittel-Informationssystem (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 2016 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 (pseudonymisierte) Patientenbezug erhalten geblieben ist. Die Heilmittelverordnungsdaten der AOK-Versicherten werden dann ausgewertet, wenn die GKV-Analysen vertiefend um Analysen zu Patientenzahlen, Geschlecht, Diagnosen und Pflegebedürftigkeit ergänzt werden sollen. Das

Aufgreifkriterium für die untersuchte AOK-Patientengruppe war, dass mindestens eine Heilmittelbehandlung im Jahr abgerechnet wurde.

Aus Datenschutzgründen werden die Institutskenzeichen 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 verwertet. 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 aller AOK-Versicherten mit Rückenschmerzen wurden die ambulanten vertragsärztlichen Abrechnungsdaten nach § 295 Abs. 2 SGB V herangezogen.

Die Kennzahlen je 1.000 Versicherte wurden mit Hilfe der Erhebungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zur Struktur der Mitglieder und mitversicherten Familienangehörigen für das jeweilige Rechnungsjahr (KM 6, Stichtag 1. Juli 2015) sowie der GKV-Versichertentage der Versicherten nach Alter und Geschlecht für das Rechnungsjahr ermittelt. Für die Berechnungen von AOK-Heilmittelkennzahlen wurde ein vergleichbares Verfahren verwendet (Stichtagsberechnung). Die zum Stichtag Versicherten werden hier also als die

durchschnittliche Anzahl der Versicherten im Rechnungsjahr herangezogen. Kennzahlen für das Jahr 2016

werden mit 25,5 Mio. AOK-Versicherten berechnet.

3 Überblick über den aktuellen Heilmittelmarkt

3.1 Verordnungen und Umsatz

Die Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenkassen beliefen sich 2016 insgesamt auf 223 Mrd. Euro. Davon entfiel der vergleichsweise kleine Anteil von 2,9 Prozent – das entspricht 6,5 Mrd. Euro – auf Ausgaben für Heilmittelleistungen mit. Über einen Zeitraum von zehn Jahren betrachtet, stiegen die Leistungsausgaben insgesamt um knapp 54,9 Prozent, die Ausgaben für Heilmittel währenddessen um 66,7 Prozent (Abb. 1) (Bundesministerium für Gesundheit, Kennzahlen der gesetzlichen Krankenversicherung auf www.bmg.bund.de).

Im Jahr 2016 wurde insgesamt ca. 37,4 Millionen Mal ein Rezept zur Heilmitteltherapie für einen der 71,4 Millionen Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung ausgestellt. Die laut Bundesarztregister vom

31.12.2016 rund 146.000 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte verordneten etwa 44,9 Millionen Leistungen, davon 15,8 Millionen an AOK-Versicherte. Bei durchschnittlich sieben Behandlungssitzungen je Leistung wurden damit rund 310 einzelne Behandlungen zu Lasten der GKV erbracht (AOK: 109 Millionen). Bezieht man die einzelnen Heilmittelbehandlungen auf alle 71,4 Millionen GKV-Versicherten (AOK: 25,5 Mio. Versicherte), so hat jeder GKV-Versicherte rein rechnerisch 0,63 Leistungen mit zusammen 4,34 Behandlungen erhalten (AOK: 4,27 Behandlungen). Betrachtet man die Leistungen, die in den Jahren seit 2010 von jeweils 1.000 GKV-Versicherten in Anspruch genommen wurden, ist eine stetige Zunahme zu beobachten (Abb. 2). Von 566 Leistungen je 1.000 Versicherte stieg die Inanspruchnahme bis 2016 auf 628 Heilmittelleistungen je 1.000 GKV-Versicherte

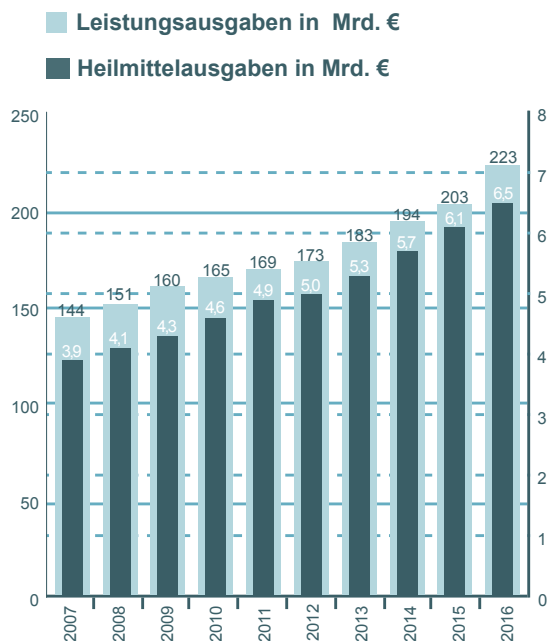


Abb. 1: Leistungsausgaben (GKV, 2007 bis 2016)
Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (BMG) 2017

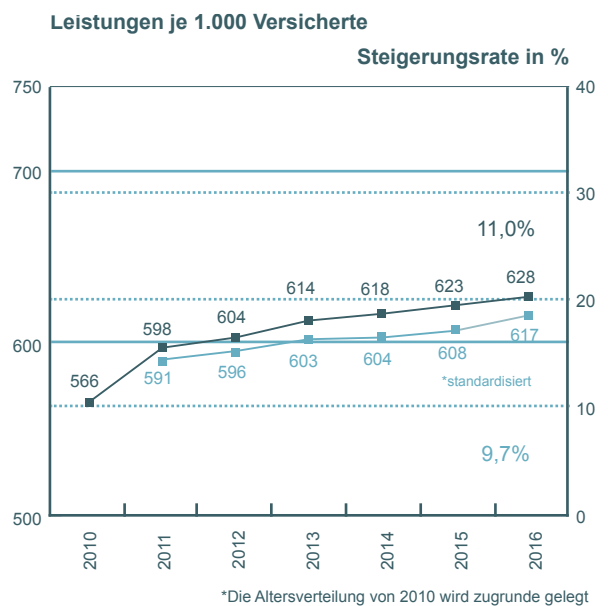


Abb. 2: Entwicklung der Verordnungen im Zeitverlauf (GKV, 2010 bis 2016)
Quelle: GKV-HIS 2017, eigene Berechnungen

an. Inwieweit ist die Zunahme von Leistungen auf das zunehmende Durchschnittsalter in der Bevölkerung zurückzuführen? Legt man für die Jahre bis 2016 die Altersverteilung von 2010 zugrunde, dann stieg die Zahl der Leistungen je 1.000 GKV-Versicherte nur um 9,7 Prozent gegenüber der tatsächlichen Steigerungsrate von 11 Prozent.

Innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung betrug der Heilmittelumsatz 2016 in der Summe 6,6 Milliarden Euro (Umsatz der AOK-Versicherten: 2,3 Milliarden Euro). Bezogen auf alle GKV-Versicherten wurden von jeweils 1.000 GKV-Versicherten Therapien im Gegenwert von 92.201 Euro in Anspruch genommen. Seit 2010 stieg der Umsatz je 1.000 GKV-Versicherte damit um 41,3 Prozent. Auch hier ist der Einfluss der demografischen Entwicklung zu sehen. Legt man die Altersverteilung von 2010 bei allen nachfolgenden Jahren zugrunde (Abb. 3), dann steigt der Umsatz je 1.000 GKV-Versicherte in diesem Zeitraum um 39,3 Prozent.

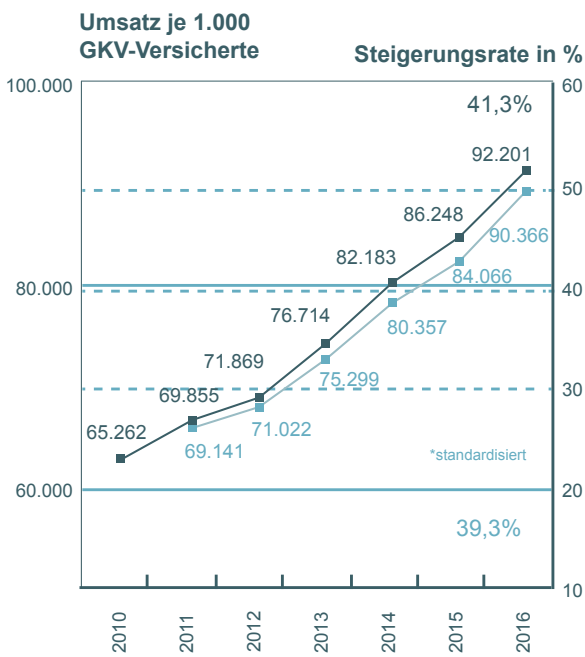


Abb. 3: Entwicklung des Umsatzes je 1.000 GKV-Versicherte im Zeitverlauf (GKV, 2009 bis 2016) Quelle: GKV-HIS 2017, eigene Berechnungen

Der Anteil der vier Leistungsbereiche an der Heilmittelversorgung ist unterschiedlich groß. Betrachtet man die Inanspruchnahme nach der kleinsten vergleichbaren Einheit, der einzelnen Behandlungssitzung, wurde 2016 rein rechnerisch jeder GKV-Versicherte mit 3,64 physiotherapeutischen Behandlungen versorgt. Nur 0,36 Behandlungen je GKV-Versicherter stammen aus dem Bereich der Ergotherapie, 0,24 Behandlungen aus dem sprachtherapeutischen Bereich und 0,09 aus dem der Podologie (Abb. 4).

Ergotherapie und Sprachtherapie bilden mit einem Anteil von 6,9 Prozent (AOK: 7,0) bzw. 4,9 Prozent (AOK: 5,6) kleine Segmente des Verordnungsumfanges, sie erreichten aber als vergleichsweise teure therapeutische Mittel den höheren Umsatzanteil von 14,7 Prozent bzw. 10,7 Prozent (AOK: 15,0 bzw. 11,9) (siehe Abb. 5). Die

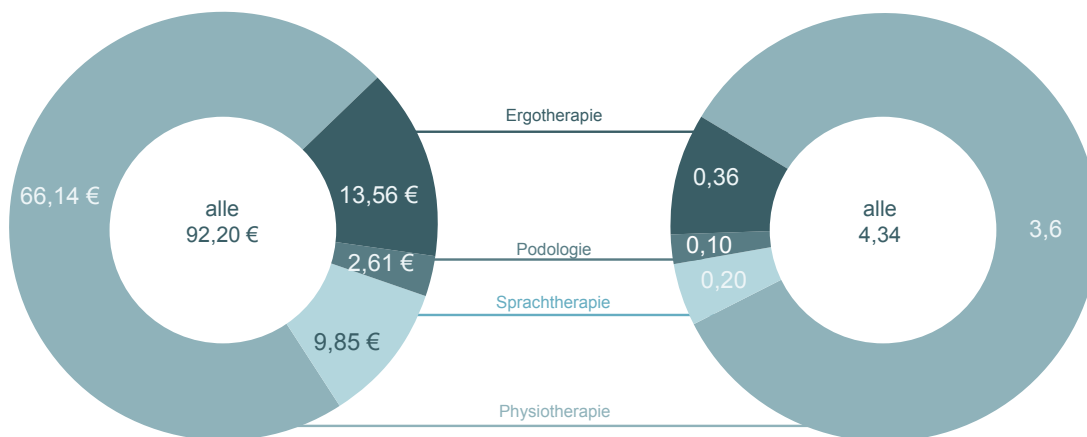


Abb. 4: Anteil am Verordnungsgeschehen je GKV-Versicherter (GKV, 2016)

Quelle: GKV-HIS 2017, eigene Berechnungen

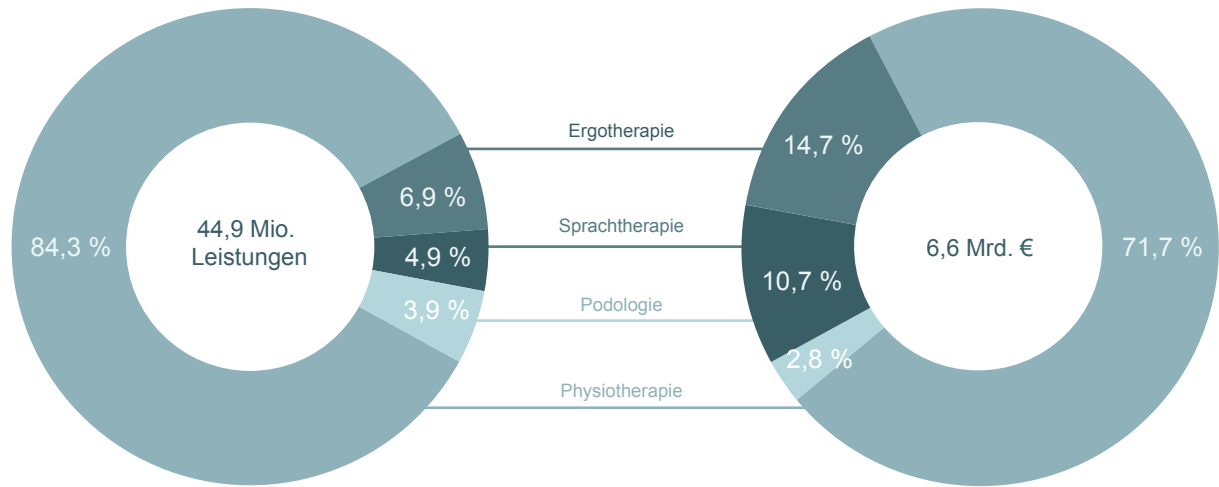


Abb. 5: Anteil der Leistungsbereiche am Verordnungsgeschehen (GKV, 2016)

Quelle: GKV-HIS 2017, eigene Berechnungen

durchschnittliche sprachtherapeutische Leistung für gesetzlich Versicherte – ohne Zusatzleistungen wie Hausbesuch oder Wegegeld – war mit 296,03 Euro die teuerste, gefolgt von der ergotherapeutischen Verord-

nung mit einem Durchschnittspreis von 283,46 Euro. In diesen beiden Leistungsbereichen ist die Anzahl der Behandlungen je Leistung höher als in der Physiotherapie. In den Durchschnittspreis einer physiotherapeutischen Leistung von 115,16 Euro fließen auch die preiswerten ergänzenden Maßnahmen wie Heißluft und Fangopackung mit ein. Die durchschnittliche podologische Leistung kostete 101,22 Euro.

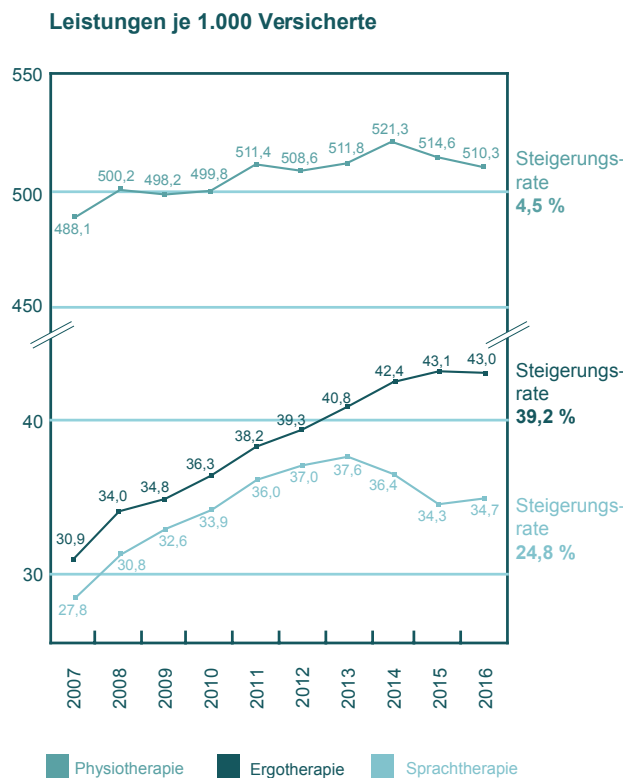


Abb. 6: Verordnete Leistungen je 1000 Versicherte nach Leistungsbereichen (AOK, 2007 bis 2016) Quelle: AOK-HIS 2017

Insgesamt erhielten 1.000 AOK-Versicherte 2016 durchschnittlich 618 Leistungen, inklusive Podologie (Abb. 6). Die Inanspruchnahme physiotherapeutischer Therapien zeigt über mehrere Jahre immer wieder leichte Schwankungen und stieg im Beobachtungszeitraum insgesamt mit einer Rate von 4,5 Prozent eher moderat an. 2016 wurden für 1.000 AOK-Versicherte 510,3 physiotherapeutische Leistungen abgerechnet und damit weniger als im Vorjahr (2015: 515 physiotherapeutische Leistungen). Die sprachtherapeutische Inanspruchnahme stieg von 2007 bis 2013 auf fast 38 Leistungen je 1.000 Versicherte kontinuierlich an und sank danach auf 34,3 Leistungen im Jahr 2015. 2016 erhielten 1.000 AOK-Versicherte jeweils 34,7 sprachtherapeutische Leistungen. Über den gesamten Beobachtungszeitraum lag die Steigerungsrate deshalb bei 24,8 Prozent. Die Ergotherapie zeigt eine anhaltende Zunahme bei der Inanspruchnahme bis hin zu 43,1 Leistungen je 1.000 AOK-Versicherte im Jahr 2015. 2016 erhielten jeweils 1.000 AOK-Versicherte 43 Leistungen. Damit zeigt dieser Leistungsbereich eine Steigerungsrate von 39,2

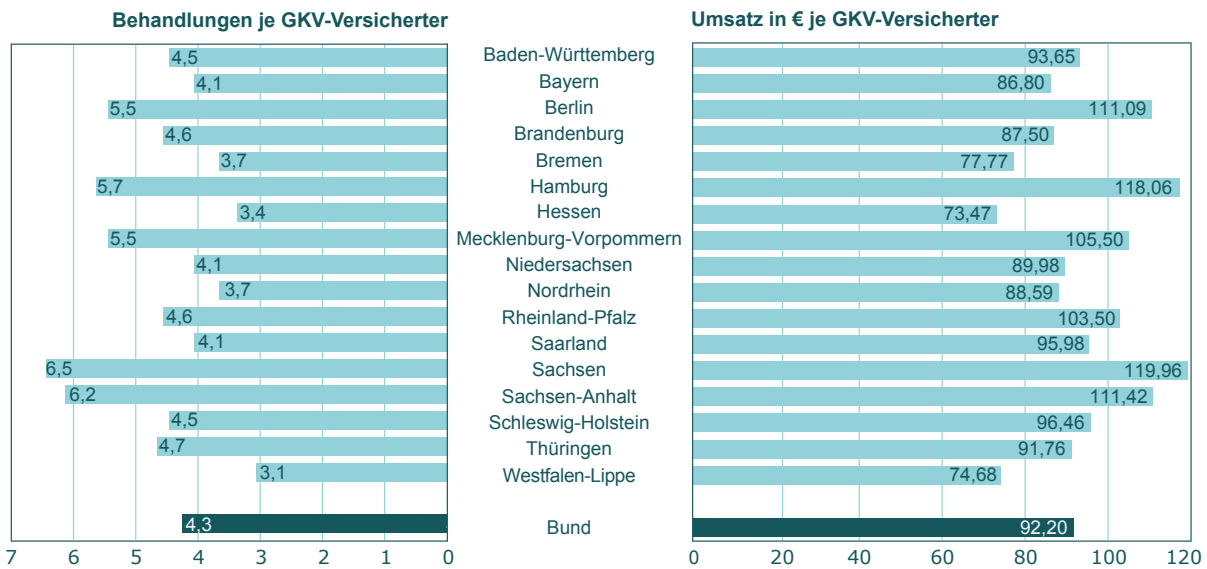


Abb. 7: Behandlungen und Umsatz nach Regionen (GKV, 2016)

Quelle: GKV-HIS 2017

Prozent in den letzten zehn Jahren.

3.2 Regionale Unterschiede

Die Anzahl der Heilmittelbehandlungen je GKV-Versicherter lag in allen Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) der neuen Bundesländer über dem Durchschnittswert von knapp 4,34 Behandlungen. An erster Stelle stand Sachsen (6,5 Behandlungen). Von den alten Bundesländern standen die beiden Großstädte Hamburg

und Berlin mit mehr als fünf Behandlungen an der Spitze. Eine weit unterdurchschnittliche Rate findet sich bei den KVen Bremen, Hessen, Nordrhein und Westfalen-Lippe.

3.3 Verordnende Arztgruppen

Im Jahr 2016 haben sich laut Bundesarztregister vom 31.12.2016 rund 146.000 Ärzte – zumindest theoretisch – an der vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlich

Tab 1: Die Heilmitteltherapien nach Facharztgruppen (GKV, 2016)

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 %
Allgemeinmediziner/ Praktische Ärzte	40.028	27,4	15.824	35,2	2.350.294	35,7
HNO-Ärzte	4.457	3,1	461	1,0	116.208	1,8
Kinderärzte	7.509	5,1	2.103	4,7	559.260	8,5
Orthopäden	7.685	5,3	11.867	26,4	1.094.546	16,6
Psychiater/ Ärztl. Psychoth./Nervenärzte	6.903	4,7	2.251	5,0	625.375	9,5
Internisten	26.812	18,4	5.629	12,5	876.617	13,3
Chirurgen	7.334	5,0	4.238	9,4	443.260	6,7
Sonstige Ärzte	45.326	31,0	2.527	5,6	522.143	7,9
Alle Ärzte	146.054	100,0	44.900	100,0	6.587.703	100,0

Quelle: Bundesarztregister vom 31.12.2015, GKV-HIS 2016

© Wido 2017

Versicherten beteiligt (Tab 1). Rein rechnerisch hat jeder Arzt 2016 knapp 307 Heilmitteltherapien veranlasst. Die Beteiligung der Fachdisziplinen war unterschiedlich: Die größte Facharztgruppe – mit einem Anteil von knapp 28 Prozent an allen Ärzten – bildeten die Allgemeinmediziner, die auch in der Verordnungsstatistik den ersten Rang belegten. Gut 35 Prozent aller Heilmittelverordnungen gingen auf Allgemeinmediziner und Praktische Ärzte zurück, durchschnittlich 395 Leistungen je Arzt. Eine weitere verordnungsintensive – mit einem Anteil an allen Ärzten von 5,3 Prozent eher kleine – Facharztgruppe stellten die Orthopäden dar. Diese haben 2016 durchschnittlich je Arzt 1.544 Heilmittelleistungen verordnet und damit gut ein Viertel (26,4 Prozent) der Heilmittelverordnungen zu Lasten der GKV veranlasst.

3.4 Leistungserbringer

Die Zahl der Leistungserbringer kann nur anhand der Institutskennzeichen (IK) in den Abrechnungsdaten ermittelt werden. Bei den vorliegenden Berechnungen wird das IK mit einer Praxis gleichgesetzt, in der eine bis mehrere Personen therapeutisch tätig sein können. Insgesamt haben 2016 66.352 Leistungserbringer-IKs Heilmitteltherapien mit der AOK abgerechnet. Darin enthalten sind 1.024 Krankenhäuser, die an der ambulanten Heilmittelversorgung teilgenommen haben. Die Bademeister und Masseur sind mit 4.491 Praxen gegenüber den Vorjahren weiter rückläufig, während die

Zahl der Krankengymnasten und Physiotherapeuten mit 36.920 Praxen zugenommen hat. In der Sprachtherapie wurden die AOK-Versicherten von insgesamt 9.984 Praxen von Sprachtherapeuten, Logopäden, Pädagogologen oder Sprachheilbehandlern therapiert. Im Bereich der Ergotherapie behandelten Beschäftigungs- und Suchttherapeuten in 8.873 Praxen die AOK-Versicherten. Insgesamt stellten 65.328 Anbieter von Heilmittelleistungen in Praxen (genauer Institutskennzeichen, ohne Krankenhäuser) im Jahr 2016 die Versorgung sicher.

Leistungserbringerzahlen sind schwer zu interpretieren und die Versorgung ist nicht zu beurteilen, da unter einem IK unterschiedlich viele Therapeuten tätig sein können. Zudem könnten beispielsweise Versicherte der beiden hanseatischen Stadtstaaten wohnortnah ergotherapeutische Praxen in Niedersachsen oder Schleswig-Holstein aufsuchen, zwei Bundesländer mit überdurchschnittlichen Anbieterzahlen.

Podologen sind erst seit 2002 zugelassen und in den letzten Jahren haben sich Leistungserbringer nach und nach ausbilden lassen und Praxen eröffnet. Dieser Bereich weist deshalb eine so hohe Zunahme seit 2006 auf (Tab 2): Insgesamt stieg die Zahl der Institutskennzeichen von podologischen Leistungserbringern zwischen 2007 und 2016 um 116,4 Prozent.

Tab 2: Leistungserbringer im Zeitverlauf (AOK, 2006–2016)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Steigerung zum Vorjahr in %	Steigerungsrate 2006–2015 in %
Leistungsbereich*												
Physiotherapie	38.600	39.262	39.756	40.361	40.854	41.169	41.511	41.577	41.966	42.315	0,8	9,6
Ergotherapie	6.442	6.991	7.411	7.767	8.082	8.383	8.585	8.835	9.010	9.156	1,6	42,1
Sprachtherapie	7.331	7.866	8.336	8.674	8.997	9.310	9.555	9.719	9.855	9.965	1,1	35,9
Podologie	2.415	2.870	3.335	3.672	3.986	4.224	4.521	4.776	5.000	5.227	4,5	116,4
Insgesamt	54.788	56.989	58.838	60.474	61.919	63.086	64.172	64.907	65.831	66.663	1,3	21,7
*Krankenhäuser, die ergo- und physiotherapeutische Leistungen anbieten, werden hier zweimal gezählt												
Quelle: AOK-HIS 2016												
© Wlido 2016												

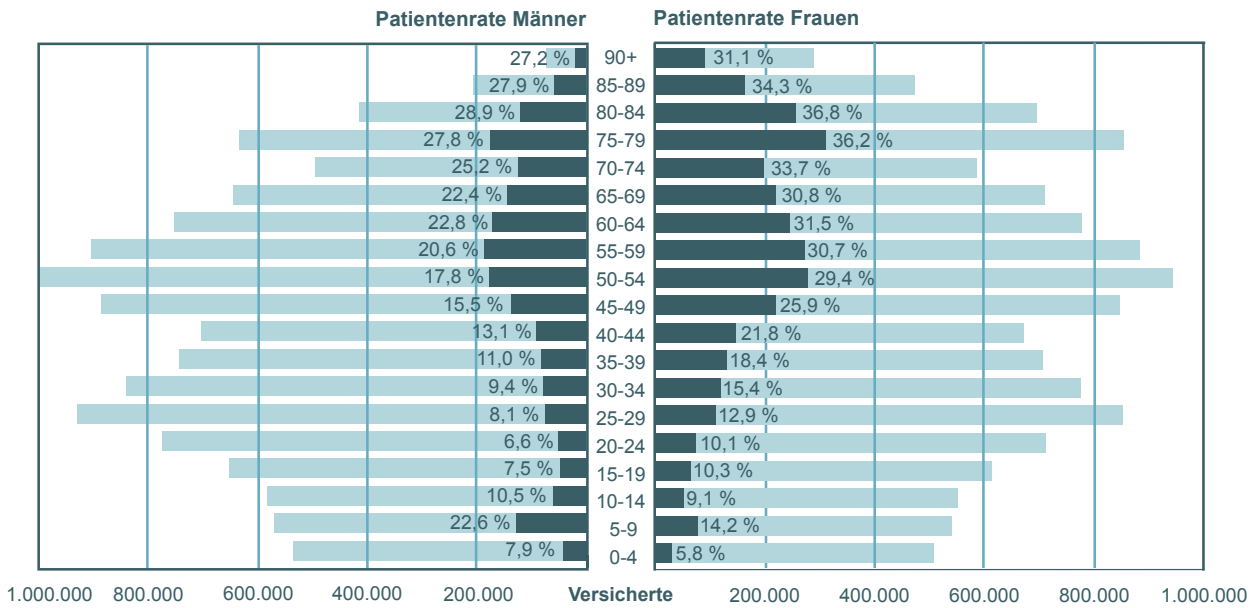


Abb. 8: Heilmittelpatienten nach Alter und Geschlecht (AOK, 2016)

Quelle: AOK-HIS 2017

3.5 Heilmittelpatienten

Für die Heilmittelverordnungen der AOK kann die Inanspruchnahme auf die tatsächlichen Heilmittelpatienten eingegrenzt werden. Zunächst kann festgestellt werden, wie viele der Versicherten mit Heilmitteln versorgt wurden (Patientenrate) und die Pro-Kopf-Be-

trachtung des Verordnungsgeschehens kann sich auf die Versicherten beziehen, die auch tatsächlich Heilmittel erhalten haben.

Im Jahr 2016 wurde 5,06 Mio. Millionen AOK-Versicherten mindestens eine Heilmittelleistung verordnet. Dies entspricht einer Patientenrate von 19,8 Prozent

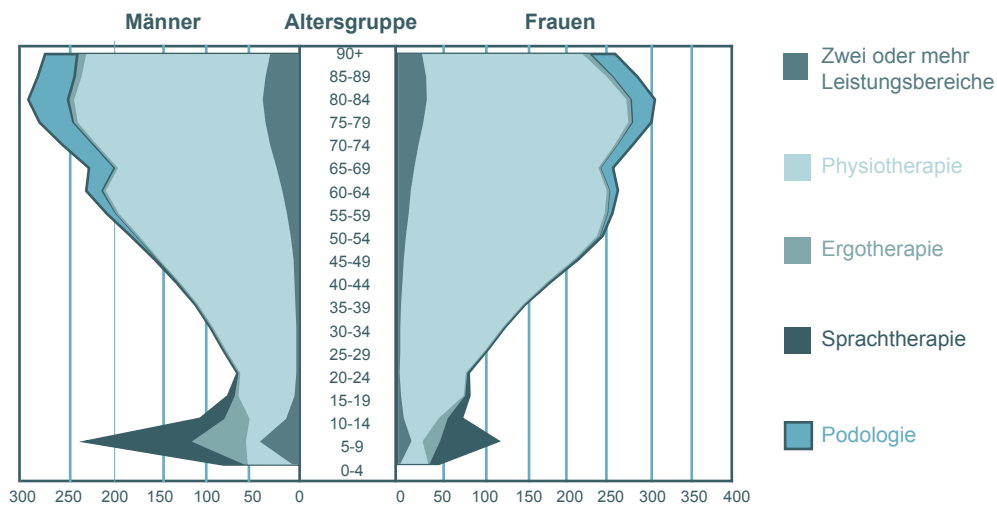


Abb. 9: Patienten nach Leistungsbereichen (AOK, 2016)

Quelle: GKV-HIS 2017

Tab 3: Patientenrate nach Leistungsbereichen in Prozent (AOK, 2016)

Altersgruppe	Ergotherapie		Sprachtherapie		Physiotherapie		Podologie	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
90+	1,9	2,4	1,0	1,0	22,6	26,3	4,9	5,2
85-89	2,0	2,3	1,1	0,9	23,1	29,7	5,7	5,7
80-84	1,9	2,0	1,1	0,8	23,9	32,6	6,3	5,8
75-79	1,8	1,7	1,0	0,7	23,5	32,9	5,6	4,8
70-74	1,5	1,5	0,9	0,6	21,4	31,0	5,0	3,9
65-69	1,2	1,2	0,7	0,5	19,3	28,7	3,9	3,0
60-64	1,2	1,2	0,6	0,4	20,6	29,9	2,5	2,0
55-59	1,0	1,3	0,4	0,4	19,3	29,6	1,4	1,1
50-54	0,8	1,1	0,3	0,4	17,0	28,6	0,7	0,6
45-49	0,6	0,9	0,2	0,3	15,0	25,3	0,3	0,3
40-44	0,5	0,7	0,2	0,2	12,7	21,4	0,1	0,1
35-39	0,4	0,6	0,2	0,2	10,7	18,0	0,1	0,1
30-34	0,4	0,5	0,2	0,2	9,1	15,0	0,0	0,0
25-29	0,4	0,4	0,2	0,2	7,8	12,6	0,0	0,0
20-24	0,3	0,4	0,2	0,3	6,3	9,8	0,0	0,0
15-19	0,7	0,5	0,9	0,9	6,4	9,4	0,0	0,0
10 bis 14	3,8	1,9	3,6	2,6	4,6	5,6	0,0	0,0
5-9	9,5	4,1	15,1	10,1	2,6	2,3	0,0	0,0
0-4	0,8	0,4	2,6	1,6	5,1	4,2	0,0	0,0

Quelle: AOK-HIS 2017

© Wido 2016

(Abb. 8). Bei den weiblichen Versicherten lag die Patientenrate bei 23,4 Prozent, bei den männlichen Versicherten bei 16,0 Prozent. Von den 5,06 Mio. Patienten waren nicht ganz zwei Drittel weiblich (knapp 61 Prozent). Die Patientenrate bei Kindern zeigt ein umgekehrtes Geschlechterverhältnis als der Überblick über alle Altersgruppen: Kinder bis einschließlich 14 Jahre stellten 7,7 Prozent der Patienten, davon waren 60 Prozent Jungen.

Die insgesamt 15,8 Millionen Heilmittelleistungen für AOK-Versicherte erreichten ein Kostenvolumen von 2,3 Milliarden Euro. Rechnerisch hat damit jeder Heilmittelpatient im Durchschnitt 3,1 Leistungen mit zusammen 21,6 einzelnen Behandlungen vom Arzt verordnet bekommen. Die jährlichen Kosten je Patient lagen durchschnittlich bei 463,16 Euro.

In der Abbildung 9 wird über alle Altersgruppen hinweg aufgefächert dargestellt, zu 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, wie weiter unten in diesem Bericht noch ausführlich zu sehen sein wird. Unter den Fünf- bis Neunjährigen sind auch Patienten etwas häufiger, die innerhalb des Jahres Therapien aus zwei oder mehr Bereichen erhalten: 4,1 Prozent der Jungen und 1,9 Prozent der Mädchen in dieser Altersgruppe. Während Personen zwischen 20 und 40 vergleichsweise wenig Heilmittel in Anspruch nehmen, werden insbesondere Physiotherapien mit steigendem Alter zunehmend verordnet. Ab Mitte fünfzig steigt auch die Rate der Patienten mit Leistungen aus zwei und mehr Bereichen an. Bei den 80- bis 84-Jährigen traf dies 2016 auf 4 Prozent der AOK-Versicherten zu.

Neben podologischen Maßnahmen für den diabetischen Fuß sind physiotherapeutische Maßnahmen das dominante Heilmittel in den höheren Lebensaltern. Tabelle 3 weist die Patientenrate je Leistungsbereich aus.

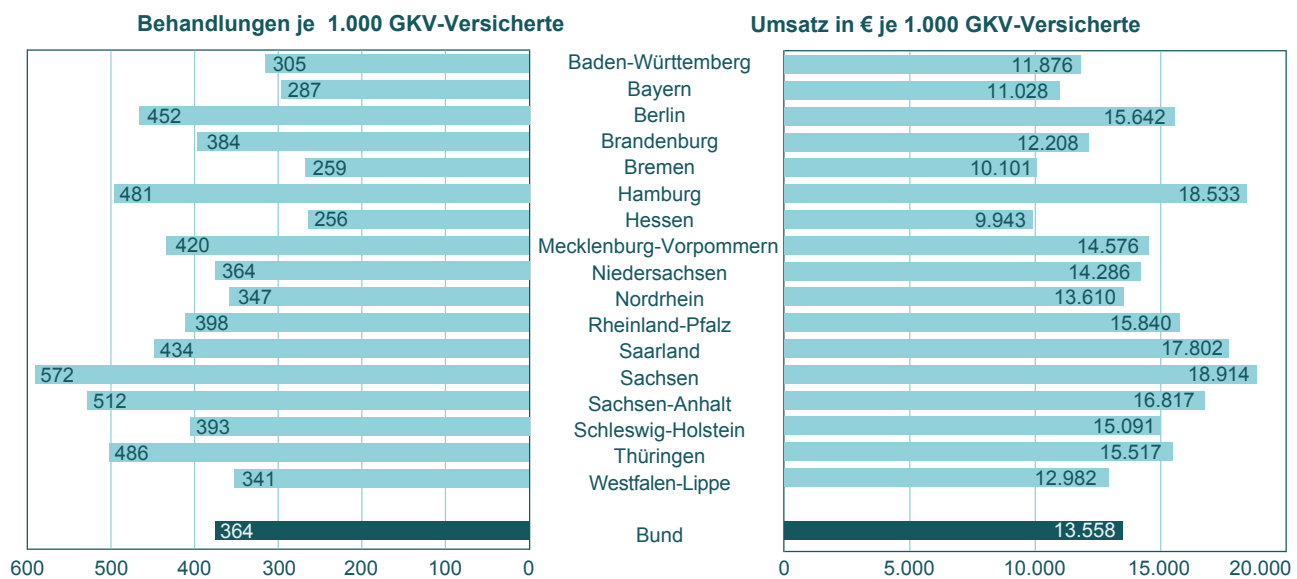


Abb. 10: Regionale Unterschiede bei ergotherapeutischen Behandlungen und Kosten (GKV, 2016)

Quelle: GKV-HIS 2017, eigene Berechnungen

4 Ergotherapie

4.1 Verordnungen und Umsatz

Die Maßnahmen der Ergotherapie kommen bei Störungen im Bereich der Motorik, der Wahrnehmung durch die Sinnesorgane sowie 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 wiederzuerlangen.

Von den insgesamt 44,9 Millionen Heilmittelleistungen, die GKV-Versicherte 2016 in Anspruch genommen haben, entfielen 2016 auf den Bereich der Ergotherapie 3,08 Millionen Leistungen (AOK: 1,1 Mio.) mit einem Umfang von 26 Millionen Behandlungen (AOK: 9,3 Mio.). Damit kamen auf jeweils 1.000 GKV-Versicherte im Durchschnitt 364 ergotherapeutische Behandlungen in 43,2 Leistungen. Der Umsatz für die Versorgung der GKV-Versicherten mit ergotherapeutischen Maßnahmen belief sich auf 968,7 Millionen Euro. Damit betrug der Anteil der Ergotherapie 14,7 Prozent des gesamten Heilmittelumsatzes von 6,6 Milliarden Euro. Die durchschnittlichen Kosten für eine ergotherapeutische Leistung ohne Zusatzleistungen, wie z. B. Hausbesuchspau-

schalen oder Wegegelder, lagen bei 283,46 Euro (AOK: 285,95 Euro), mit Zusatzleistungen bei 314,01 Euro (AOK: 319,21 Euro). Der Umsatz je 1.000 GKV-Versicherte lag 2016 bei 13.558 Euro (AOK: 13.718 Euro).

Verteilt man die 1.096.900 ergotherapeutischen Leistungen zu Lasten der AOK auf die 331.600 ergotherapeutischen Patienten unter den AOK-Versicherten, so hat ein Patient durchschnittlich 3,3 Leistungen mit zusammen 28,0 Behandlungen erhalten. Die jährlichen Therapiekosten beliefen sich 2016 auf 1.056 Euro je ergotherapeutischer Patient.

4.2 Regionale Unterschiede

Zum Vergleich der Inanspruchnahme in den einzelnen KV-Regionen wird hier die Kennzahl „Behandlung je 1.000 Versicherte“ herangezogen (siehe Abb. 10). Der Bundesdurchschnitt liegt bei 364 ergotherapeutischen Behandlungen je 1.000 GKV-Versicherte. Mit 572 Behandlungen lag Sachsen weit an der Spitze. Alle anderen KVen der neuen Bundesländer sowie die beiden größten Städte Hamburg und Berlin lagen bei der In-

anspruchnahme ebenfalls über dem Bundesdurchschnitt. Die Versicherten in den KVen Hessen und Bremen nahmen weit unterdurchschnittlich häufig Ergotherapien in Anspruch (KV Hessen:256).

4.3 Verordnende Arztgruppen

Bei den ergotherapeutischen Leistungen für AOK-Versicherte sind einzelne Fachgruppen erkennbar, die einen Großteil des ergotherapeutischen Volumens veranlassen (Abb. 11). Allgemeinmediziner und Praktische Ärzte versorgten 30,5 Prozent der ergotherapeutischen Patienten und veranlassten dazu 32,1 Prozent der Leistungen. Die vergleichsweise wenigen Ärzte der Kinder- und Jugendmedizin verordneten – entsprechend dem großen Anteil kindlicher Patienten in der Ergotherapie – mehr als ein Fünftel der Leistungen (20,9 Prozent) und versorgten ein Viertel der Patienten (24,9 Prozent). Eine dritte, ebenfalls sehr kleine Facharztgruppe, die Psychiater, Ärztlichen Psychotherapeuten und Nervenärzte, verordneten für 19,1 Prozent der Patienten Ergotherapien.

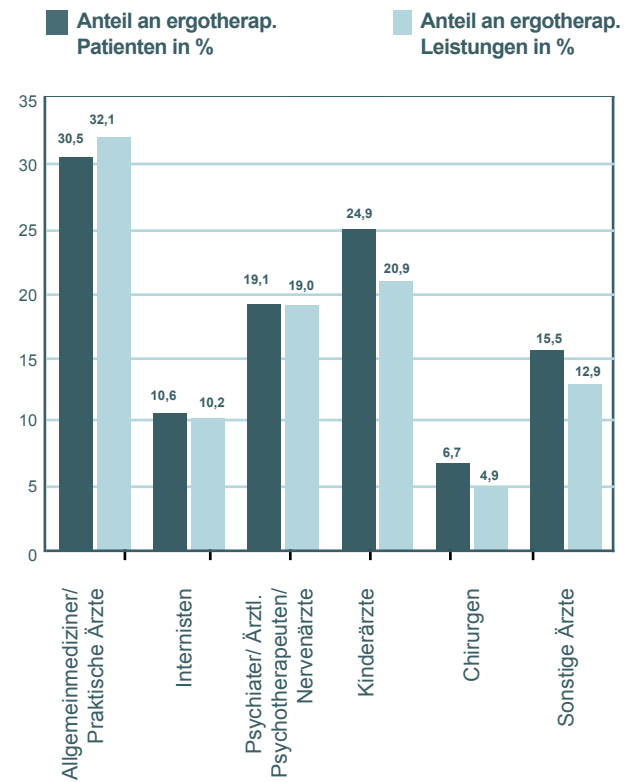


Abb. 11: Verordnungen und Patienten nach Facharztgruppen (AOK, 2016) *Quelle: AOK-HIS 2017*

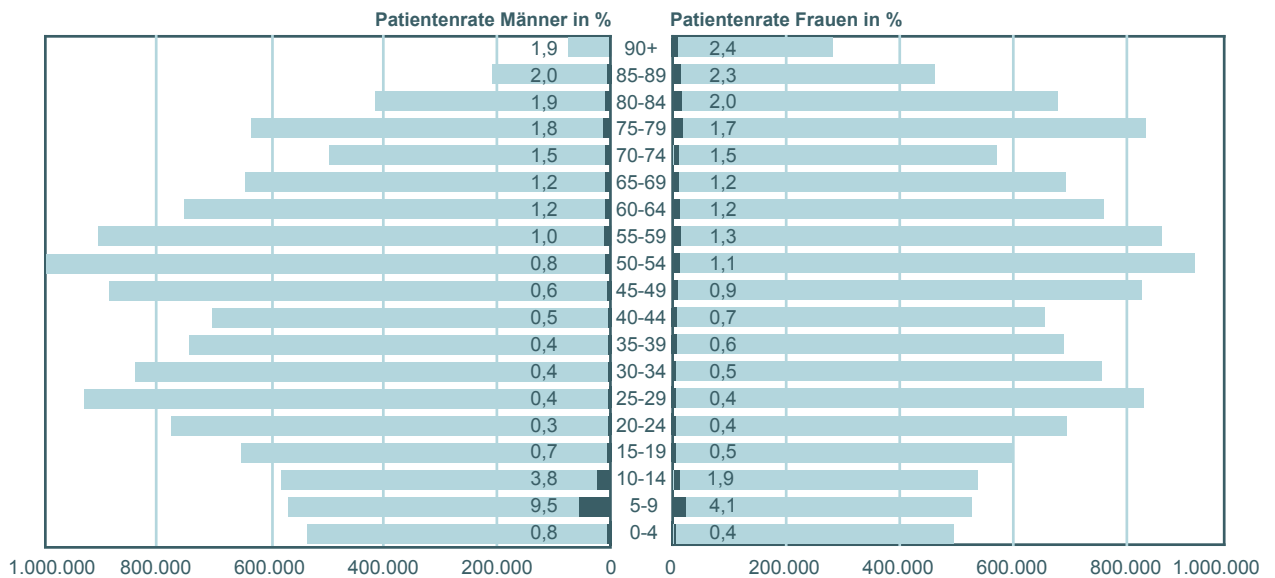


Abb. 12: Ergotherapeutische Patienten nach Alter und Geschlecht (AOK, 2016)

Quelle: AOK-HIS 2017

4.4 Ergotherapeutische Patienten und Leistungen nach Alter und Geschlecht

Auf jeweils 1.000 AOK-Versicherte kommen 13 ergotherapeutische Patienten bzw. die Patientenrate beträgt 1,3 Prozent (Männer: 1,4 und Frauen: 1,2) (Abb. 12). Die Patientenrate erreicht in der Altersgruppe der Fünf- bis Neunjährigen einen Spitzenwert: 6,9 Prozent; bei den Jungen 9,5 Prozent und bei den Mädchen 4,1 Prozent. 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.

Entsprechend der dargestellten Patientenrate erhalten männliche Versicherte mit 45 Leistungen je 1.000 Versicherte mehr ergotherapeutische Leistungen als weibliche mit 41 Leistungen je 1.000 Versicherte. Jungen der Altersgruppe fünf bis neun Jahre erhielten 274 Leistungen je 1.000 Versicherte und gleichaltrige Mädchen 117 Leistungen je 1.000. Betrachtet man nur die Patienten der Ergotherapie, dann zeigen sich diese geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Inanspruchnahme nicht mehr: Durchschnittlich 3,28 Leistungen nahmen die männlichen Patienten 2016 in Anspruch gegenüber 3,33 Leistungen bei den weiblichen Patienten. Die fünf- bis neunjährigen Patienten nahmen durchschnittlich 2,9 Leistungen in Anspruch – sowohl Jungen als auch Mädchen.

4.5 Diagnosen und ergotherapeutische Maßnahmen

Gemessen am Verordnungsanteil an den ergotherapeutischen Leistungen für AOK-Versicherte sind Therapien aufgrund der ICD-Diagnose „G81 Hemiparese und Hemiplegie“ am häufigsten. Gemessen an der Zahl der versorgten Patienten ist die ICD-Diagnose „F82 Umschriebene Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen“ häufiger der Anlass für eine Ergotherapie. Tabelle 4 zeigt die häufigsten Diagnosen und für wie viele Patienten diese jeweils Anlass der Therapieverordnung waren.

Für gut 160.800 AOK-Versicherte rechnete ein Leistungserbringer eine Erstuntersuchung/Befunderhebung ab. Damit nahm fast die Hälfte der ergotherapeutischen Patienten des Jahres 2016 diese Leistung in Anspruch (48,5 Prozent). Innerhalb der verordneten ergotherapeutischen Maßnahmen dominiert die Behandlung bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen (Abb. 13). Gut 181.000 Patienten, knapp 55 Prozent der ergotherapeutischen Patienten, nahmen diese Maßnahme in Anspruch (Mehrfachnennungen möglich). Das entspricht einem Anteil von 48,8 Prozent an den Leistungen.

Gruppenbehandlungen machten nur 2,5 Prozent der ergotherapeutischen Behandlungen insgesamt aus. Im Folgenden werden deshalb die Einzelbehandlungen in Verbindung mit den verordnungsauslösenden Diagno-

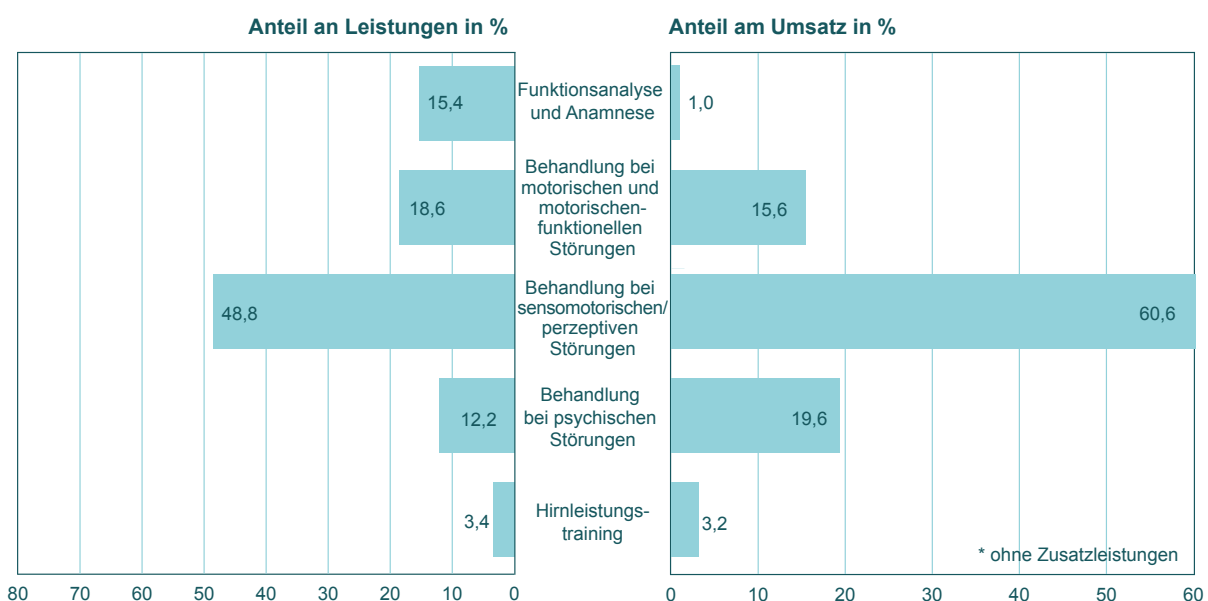


Abb. 13: Ergotherapeutische Maßnahmen. Leistungen und Umsatz* (AOK, 2016)

Quelle: GKV-HIS 2017

Tab 4: Die häufigsten Diagnosen bei ergotherapeutischen Verordnungen (AOK, 2016)

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	80.200	7,3	20.200	6,1	32.600	9,3	4,0	1.620
F82 Umschriebene Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen	61.000	5,6	23.400	7,0	16.600	4,7	2,6	710
F90 Hyperkinetische Störungen	51.600	4,7	20.100	6,1	14.300	4,1	2,6	710
I63 Hirninfarkt	49.500	4,5	13.500	4,1	17.900	5,1	3,7	1.330
I69 Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit	40.600	3,7	11.400	3,4	15.200	4,3	3,6	1.330
F83 Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen	31.200	2,8	11.900	3,6	8.700	2,5	2,6	740
F89 Entwicklungsstörung	29.300	2,7	11.000	3,3	8.200	2,3	2,7	750
G82 Paraparese und -plegie, Tetraparese und -plegie	29.000	2,6	7.200	2,2	12.600	3,6	4,0	1.750
I64 Schlaganfall, nicht Blutung oder Infarkt	28.800	2,6	7.900	2,4	10.800	3,1	3,7	1.370
F98 Andere Verhaltens- und emotionale Störungen	28.600	2,6	11.300	3,4	7.700	2,2	2,5	680
G20 Primäres Parkinson-Syndrom	24.600	2,2	6.700	2,0	8.900	2,6	3,7	1.340
F84 Tief greifende Entwicklungsstörungen	22.400	2,0	7.800	2,4	7.300	2,1	2,9	930
G35 Multiple Sklerose	20.000	1,8	4.900	1,5	8.300	2,4	4,1	1.690
R29 Sonstige Symptome, das Nervensystem und das Muskel-Skelett-System betreffend	18.400	1,7	7.100	2,1	4.900	1,4	2,6	700
F32 Depressive Episode	17.400	1,6	6.100	1,8	6.100	1,8	2,9	1.000
F03 Demenz	17.250	1,6	5.300	1,6	6.100	1,8	3,3	1.160
G80 Infantile Zerebralparese	14.800	1,3	4.300	1,3	5.400	1,5	3,5	1.270
F00 Demenz bei Alzheimer-Krankheit	13.800	1,3	4.400	1,3	5.100	1,4	3,1	1.140
F33 Rezidivierende depressive Störung	13.000	1,2	4.600	1,4	4.400	1,3	2,8	960

Quelle: AOK-HIS 2016

© Wido 2016

sen dargestellt. In Abbildung 14 ist zu sehen, dass ein Großteil der Erstuntersuchungen aufgrund von Diagnosen verordnet wurde, die dem Spektrum der kindlichen Entwicklungsstörungen zuzurechnen sind, wie „F82 Umschriebene Entwicklungsstörungen der moto-

rischen Entwicklung“ und „F90 Hyperkinetische Störungen“. Die Diagnose „G81 Hemiparese und Hemiplegie“ war jeweils bei den motorischen und sensomotorischen Einzelbehandlungen der häufigste Behandlungsanlass.

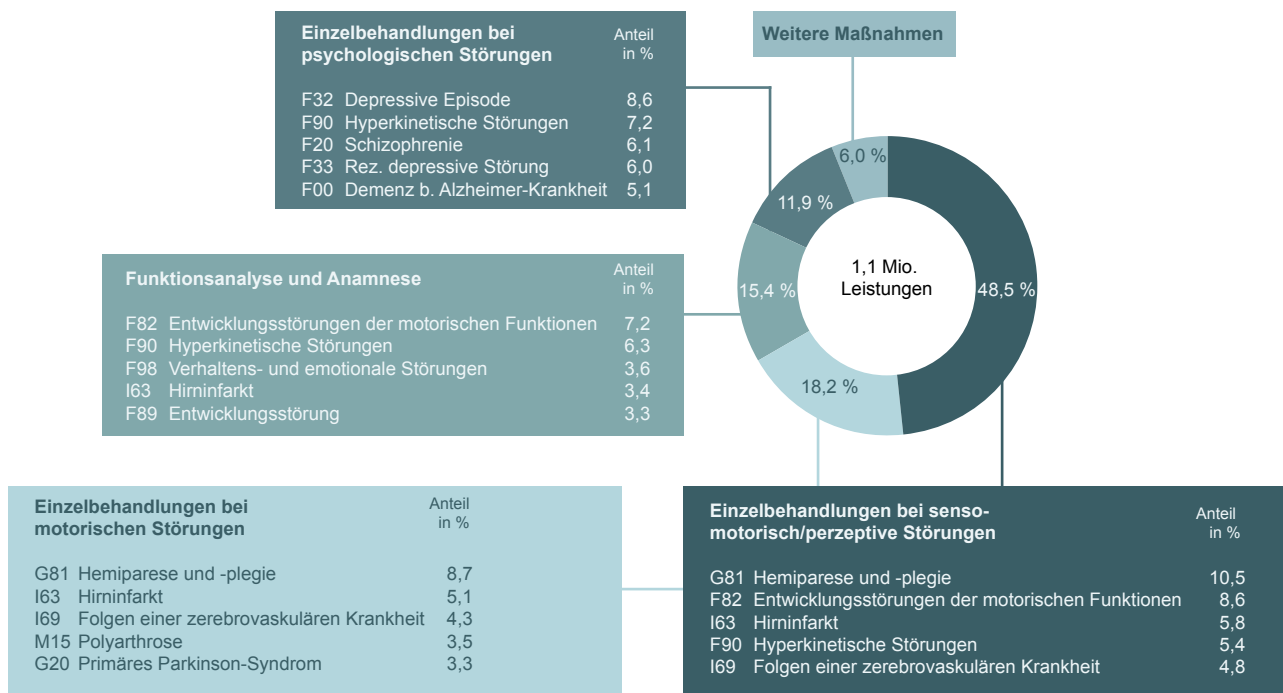


Abb. 14: Die häufigsten Diagnose-Maßnahme-Kombinationen der Ergotherapie (AOK, 2016)

Quelle: GKV-HIS 2017

5 Sprachtherapie

5.1. Verordnungen und Umsatz

Unter Sprachtherapie sind hier alle Leistungen zur Behebung von Störungen des Sprechens, der Sprache, der Stimme und des Schlucktraktes subsumiert. Im Jahr 2016 wurden 2,21 Millionen (AOK: 886.700) der insgesamt 44,9 Millionen Heilmittelleistungen zur Therapie dieser Störungen verordnet. Das entspricht einem Volumen von rund 17,5 Millionen einzelnen Behandlungen (AOK: 7 Mio.). Im Durchschnitt entfielen 245 sprachtherapeutische Behandlungen in 31 Leistungen auf jeweils 1.000 GKV-Versicherte. Der Umsatz für die Versorgung der GKV-Versicherten mit sprachtherapeutischen Maßnahmen betrug 704 Millionen Euro. Eine sprachtherapeutische Leistung – ohne Zusatzleistung – kostete 2016 im Bundesdurchschnitt 296,03 Euro (AOK: 294,98 Euro), mit Zusatzleistung 318,14 Euro (AOK: 315,17 Euro). Der sprachtherapeutische Umsatz pro 1.000 GKV-Versicherte stieg 2016 von 8.992 Euro auf 9.850 Euro.

Verteilt man die 886.700 sprachtherapeutischen Heil-

mittelleistungen des Jahres 2016 zu Lasten der AOK nicht auf alle AOK-Versicherten, sondern ausschließlich auf die rund 302.300 Patienten der Sprachtherapie, dann wurden jeweils drei Leistungen mit zusammen 23,3 Behandlungssitzungen in Anspruch genommen. Die jährlichen Therapiekosten beliefen sich auf rund 924 Euro je sprachtherapeutischer Patient.

5.2 Regionale Unterschiede

Im Bundesdurchschnitt lag die Inanspruchnahme von Sprachtherapie bei 31 Leistungen je 1.000 GKV-Versicherte. Für einen regionalen Vergleich nach Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) ist die einzelne Behandlungssitzung besser geeignet. Rein rechnerisch wurden rund 245 Behandlungen je 1.000 GKV-Versicherte in Anspruch genommen. Räumliche Unterschiede stellt Abbildung 15 dar: Die höchste Versorgungsrate mit 316 Behandlungen je 1.000 GKV-Versicherte ist in der KV Nordrhein zu erkennen. Ebenfalls weit überdurch-

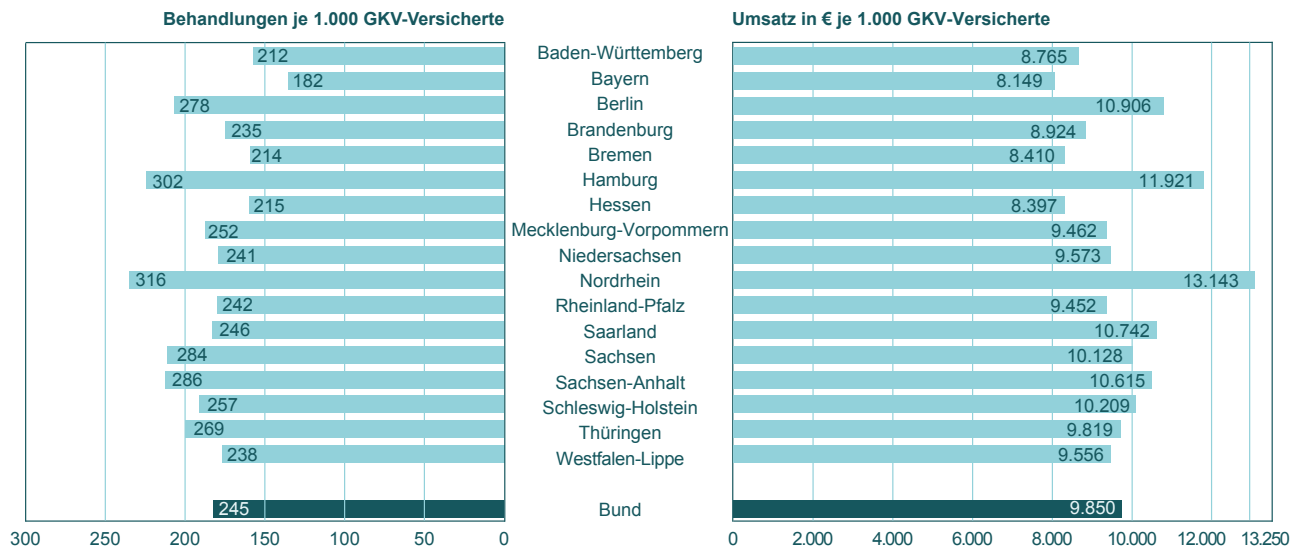


Abb. 15: Regionale Unterschiede bei sprachtherapeutischen Behandlungen und Kosten (GKV, 2016)

Quelle: GKV-HIS 2017, eigene Berechnungen

- Anteil an sprachtherapeutischen Patienten* in %
- Anteil an sprachtherapeutischen Leistungen in %

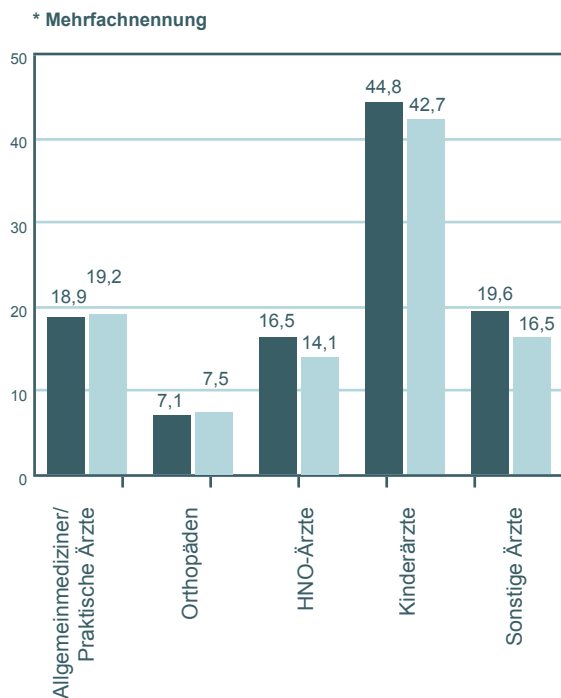


Abb. 16: Sprachtherapeutische Leistungen und Patienten nach Facharztgruppen (AOK, 2016) Quelle: AOK-HIS 2017

schnittlich war die Inanspruchnahme in der KV Hamburg (302 Behandlungen) und in Sachsen-Anhalt (286 Behandlungen). Weit unterdurchschnittlich war die Inanspruchnahme in der KV Bayern mit 182 Behandlungen je 1.000 GKV-Versicherte.

5.3 Verordnende Arztgruppen

Im Jahr 2016 haben die etwa 146.000 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte von den 2,21 Millionen sprachtherapeutischen Heilmittelleistungen für GKV-Versicherte rund 886.700 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 Ordnungsanteil von 42,7 Prozent sprachtherapeutischer Heilmittelleistungen für AOK-Versicherte und einer Versorgung von 44,8 Prozent der sprachtherapeutischen Patienten kann als die bestimmende Facharztgruppe identifiziert werden (Abb. 16). Anders als in der Ergotherapie oder Physiotherapie steht damit eine kleine Facharztgruppe (Anteil an allen Ärzten: 5,1 Prozent) an der Spitze der Verordner. All-

Tab 5: Die häufigsten Diagnosen bei sprachtherapeutischen Verordnungen (AOK, 2016)

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	425.800	52,5	153.400	51,4	122.400	47,1	2,8	800
R47 Sprech- u. Sprachstörungen	65.100	8,0	23.300	7,8	24.200	9,3	2,8	1.040
R13 Dysphagie	27.900	3,4	9.900	3,3	9.900	3,8	2,8	990
I63 Hirninfarkt	26.000	3,2	8.600	2,9	10.700	4,1	3,0	1.240
I69 Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit	20.900	2,6	7.000	2,3	8.800	3,4	3,0	1.250
R49 Störungen der Stimme	19.800	2,4	9.100	3,1	4.700	1,8	2,2	520
F84 Tief greifende Entwicklungsstörungen	17.400	2,1	6.500	2,2	5.600	2,2	2,7	870
F98 Andere Verhaltens- und emotionale Störungen	15.000	1,8	62	2,1	4.100	1,6	2,4	670
I64 Schlaganfall	13.800	1,7	4.700	1,6	5.600	2,2	3,0	1.200
R48 Dyslexie und sonstige Werkzeugstörungen	9.700	1,2	4.100	1,4	3.000	1,2	2,3	720

Quelle: AOK-HIS 2017

© Wido 2016

gemeinmediziner und Praktische Ärzte standen an zweiter Stelle; sie verordneten einem knappen Fünftel der Patienten 18,9 Prozent der sprachtherapeutischen Leistungen. Die kleine Gruppe der HNO-Ärzte versorgte 16,5 Prozent der Sprachtherapie-Patienten.

5.4 Sprachtherapeutische Patienten und Leistungen nach Alter und Geschlecht

Die rund 302.300 AOK-Versicherten mit sprachtherapeutischen Leistungen im Jahr 2016 entsprechen einer Patientenrate von 12 Patienten je 1.000 AOK-Versicherte bzw. 1,2 Prozent der Versicherten (Männer: 1,4 Prozent und Frauen: 1,0 Prozent). Rund 57 Prozent der sprachtherapeutischen Patienten sind männlich. Neben der geschlechtsspezifischen Besonderheit gibt es auch eine spezifische Altersgruppe mit besonders hoher Patientenrate: 12,7 Prozent der Fünf- bis Neunjährigen nahmen sprachtherapeutische Leistungen in Anspruch, von den Jungen 15,1 Prozent und von den Mädchen

10,1 Prozent (Abb. 17). Diese Patientenrate wird in keiner anderen Altersgruppe erreicht.

Rund 886.700 sprachtherapeutische Leistungen mit 7 Millionen einzelnen Behandlungen wurden von AOK-Versicherten in Anspruch genommen. Je 1.000 AOK-Versicherte sind das durchschnittlich 276 einzelne sprachtherapeutische Behandlungen in 34,7 Leistungen (Männer: 41 Leistungen, Frauen: 28,8 Leistungen). In der Gruppe der Fünf- bis Neunjährigen werden entsprechend der hohen Patientenrate Jungen mit 441 Leistungen und Mädchen mit 287 Leistungen je 1.000 Versicherte therapiert.

5.5 Sprachtherapeutische Diagnosen

Für gut die Hälfte der AOK-versicherten sprachtherapeutischen Patienten (das sind rund 153.400 Patienten) war die Diagnose „F80 Umschriebene Entwicklungsstörungen der Sprache und des Sprechens“ der aus-

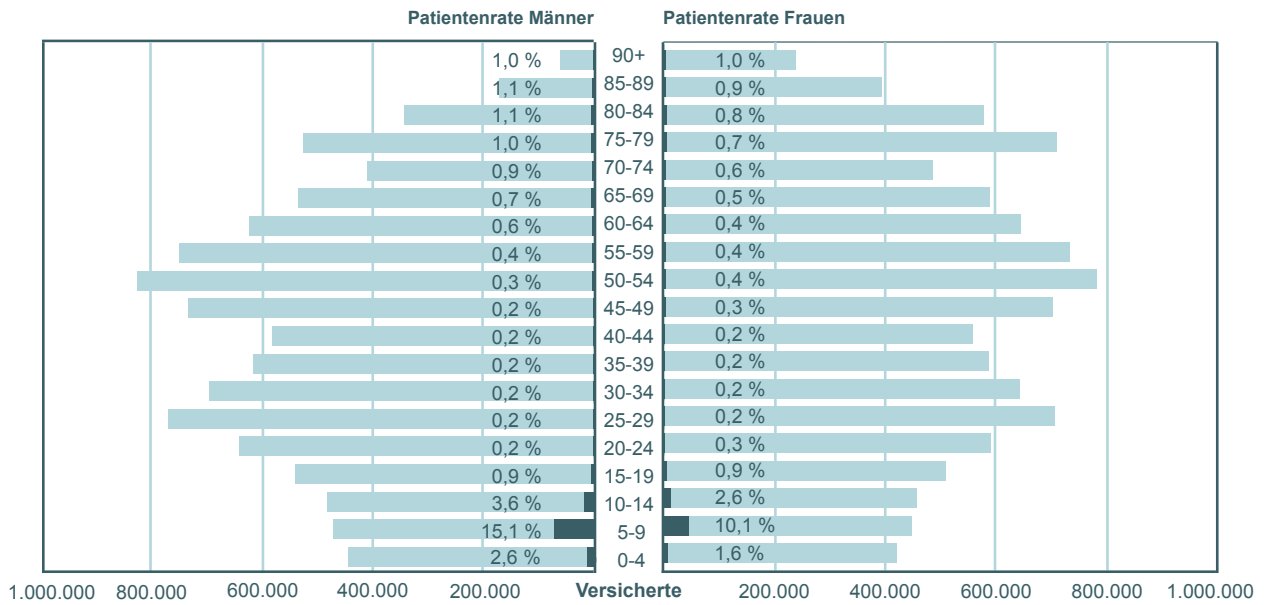


Abb. 17: Sprachtherapeutische Patienten nach Alter und Geschlecht (AOK, 2016)

Quelle: AOK-HIS 2017

schlaggebende Anlass der Verordnung (S.23). Der Anteil an den insgesamt 887.000 Leistungen an AOK-Versicherte aufgrund dieser Diagnose betrug 52,5 Prozent. Die mit „R47 Sprech- und Sprachstörungen“ kodierten Leistungen machten mit einem Verordnungsanteil von knapp 8 Prozent den zweiten Platz aus und betrafen 7,8 Prozent der sprachtherapeutischen Patienten. Weitere Diagnosen hatten einen Anteil an Patienten oder

Leistungen von unter 4 Prozent.

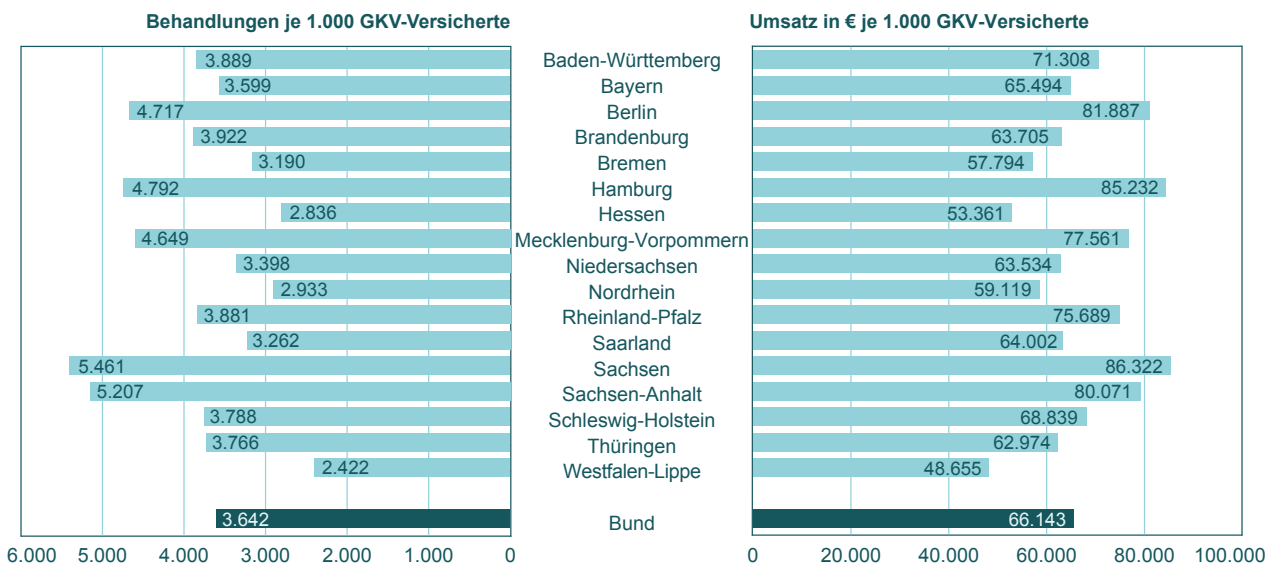


Abb. 18: Regionale Unterschiede bei physiotherapeutischen Behandlungen und Kosten (GKV, 2016)

Quelle: AOK-HIS 2017, eigene Berechnungen

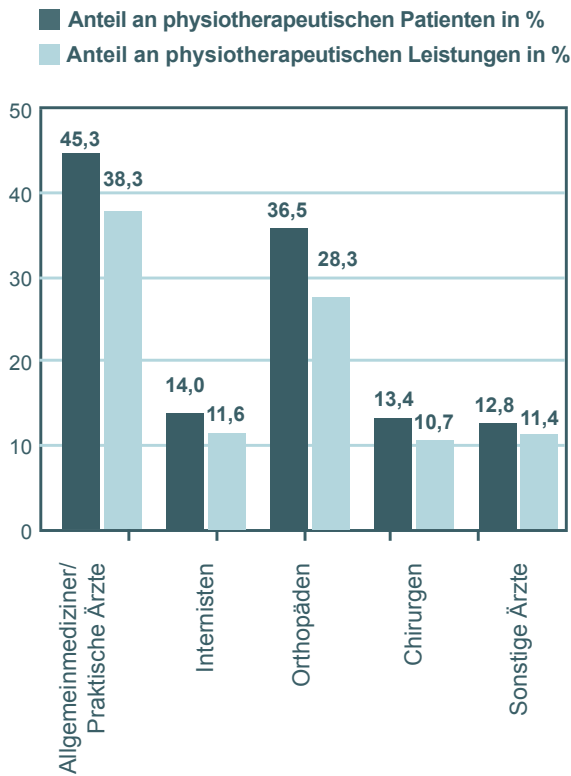


Abb. 19: Physiotherapeutische Verordnungen und Patienten nach Facharztgruppen (AOK, 2016) *Quelle: AOK-HIS 2017*

6 Physiotherapie

6.1 Verordnungen und Umsatz

Rund 37,9 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 2016 in Anspruch genommen (AOK: 13 Mio. Leistungen). Dies entspricht 260 Millionen einzelnen Behandlungen (AOK: 89,8 Mio.) mit einem Gegenwert von 4,7 Milliarden Euro (AOK: 1,6 Mrd. Euro). Im Durchschnitt haben jeweils 1.000 GKV-Versicherte rund 530 physiotherapeutische Leistungen mit zusammen 3.642 Behandlungen erhalten. Die Kosten für jeden GKV-Versicherten erreichten rein rechnerisch 66,14 Euro. Die durchschnittliche physiotherapeutische Leistung ohne Zusatzleistungen kostete 6 in der GKV 115,16 Euro (AOK: 113,57 Euro), mit Zusatzleistungen 124,86 Euro (AOK: 125,11 Euro).

Verteilt man die Kennzahlen der physiotherapeutischen Heilmittelleistungen des Jahres 2016 für die an AOK-Versicherte verordneten Therapien nicht auf alle Versich-

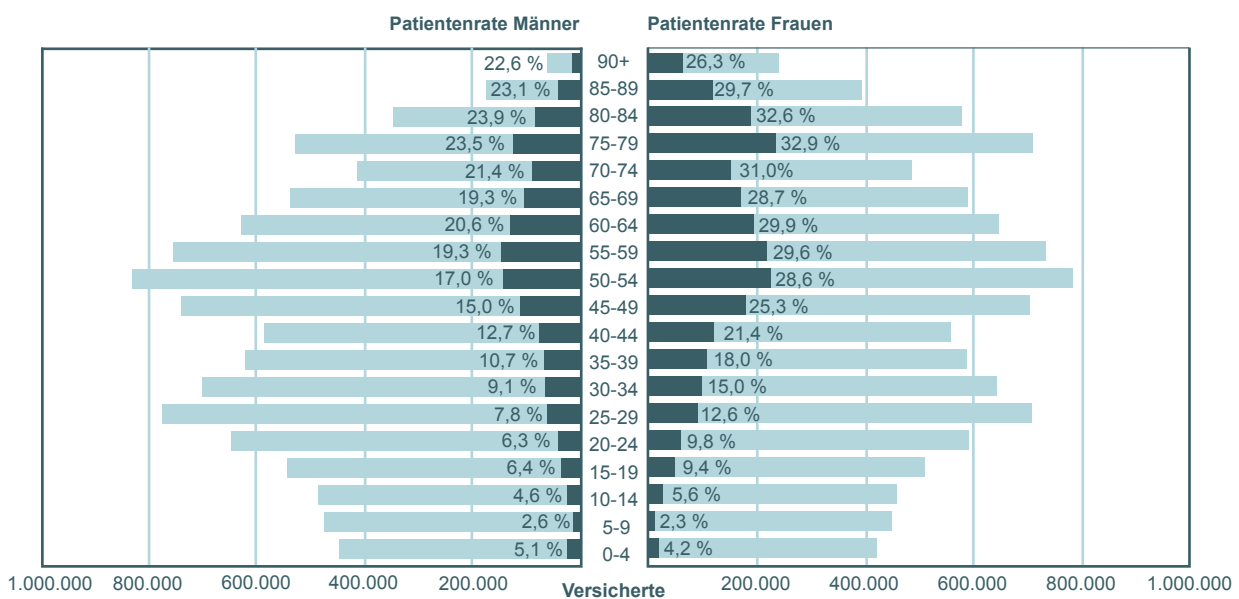


Abb. 20: Physiotherapeutische Patienten nach Alter und Geschlecht (AOK, 2016)

Quelle: AOK-HIS 2017

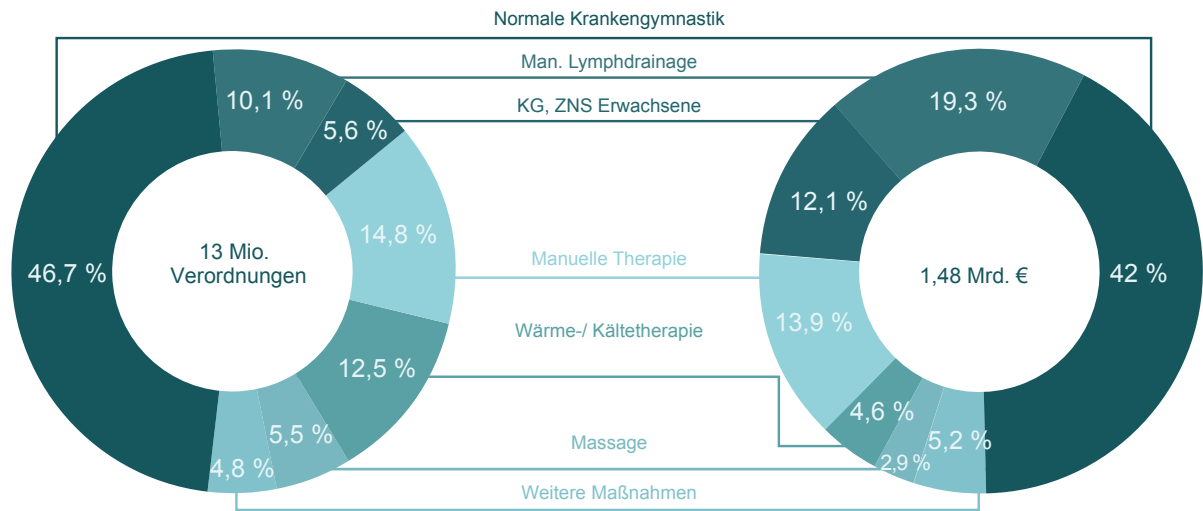


Abb. 21: Physiotherapeutische Maßnahmen. Leistungen und Umsatz* (AOK, 2017)
*ohne Zusatzleistungen

Quelle: AOK-HIS 2017

ten, sondern auf die tatsächlichen Patienten, zeigt sich folgendes Bild: Insgesamt haben mehr als 4,46 Millionen Patienten im Durchschnitt jeweils 2,9 Leistungen mit zusammen 20,14 Behandlungen erhalten. Die jährlichen Kosten je Patient summierten sich auf 365 Euro.

6.2 Regionale Unterschiede

Die für das Jahr 2016 ermittelten 530 physiotherapeutischen Leistungen mit insgesamt 3.642 Behandlungen je 1.000 GKV-Versicherte unterliegen regional unterschiedlichen Abweichungen (Abb. 18, S.24). Anhand der kleinsten Einheit – der Behandlung – verglichen, wurden in Sachsen (5.461 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 von Nordrhein-Westfalen zeigten eine weit unterdurchschnittliche Inanspruchnahme (KV Westfalen-Lippe: 2.422 Behandlungen).

6.3 Verordnende Arztgruppen

Fast der Hälfte der physiotherapeutischen Patienten der AOK (45,3 Prozent) wurde die Therapie von Allgemeinmedizinern bzw. Praktischen Ärzten verordnet. Sie veranlassten für diese über 2 Millionen Patienten fast 40 Prozent aller physiotherapeutischen Leistungen. Die vergleichsweise kleine Facharztgruppe der Orthopäden (Anteil an allen Ärzten: 5,2 %) veranlasste 28,3 Prozent der Physiotherapien und versorgte damit 36,5 Prozent der Patienten – also knapp 1,6 Mio. Patienten.

6.4 Physiotherapeutische Patienten und Leistungen nach Alter und Geschlecht

Im Jahr 2016 haben über 4,46 Millionen AOK-Versicherte eine physiotherapeutische Leistung in Anspruch genommen. Das entspricht 175 Patienten je 1.000 AOK-Versicherte oder 17,5 Prozent der AOK-Versicherten (Abb. 20). Bei den männlichen Versicherten lag die Patientenrate bei 13,4 Prozent und bei den weiblichen Versicherten bei 21,4 Prozent. Fast zwei Drittel der physiotherapeutischen Patienten waren Frauen (62,7 Prozent). Physiotherapeutische Maßnahmen werden – abgesehen vom ersten Lebensjahr – von Kindern und

Tab 6: Die häufigsten Diagnosen bei physiotherapeutischen Verordnungen (AOK, 2016)

Diagnose	Leistungen	Anteil an physiotherapeutischen Leistungen in %	Patienten	Anteil an physiotherapeutischen Patienten in %	Umsatz in Tsd. €	Anteil am physiotherapeutischen Umsatz in %	Leistungen je Patient	Umsatz je Patient in €
M54 Rückenschmerzen	2.667.800	21,1	1.402.800	31,5	221.530	14,0	1,9	160
M53 Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	633.600	5,0	347.400	7,8	52.400	3,3	1,8	150
M75 Schulterläsionen	538.300	4,3	258.300	5,8	46.800	3,0	2,1	180
I89 Sonstige nichtinfektiöse Krankheiten der Lymphgefäße und Lymphknoten	511.400	4,1	156.400	3,5	126.200	8,0	3,3	810
M51 Sonstige Bandscheibenschäden	488.600	3,9	232.200	5,2	43.300	2,7	2,1	190
M47 Spondylose	446.300	3,5	234.500	5,3	39.500	2,5	1,9	170
M99 Biomechanische Funktionsstörungen	382.300	3,0	237.300	5,3	33.300	2,1	1,6	140
Z96 Vorhandensein von funktionellen Implantaten	327.800	2,6	111.200	2,5	36.400	2,3	2,9	330
M17 Gonarthrose	282.500	2,2	134.600	3,0	26.900	1,7	2,1	200
M62 Sonstige Muskelkrankheiten	235.200	1,9	133.100	3,0	21.300	1,4	1,8	160
G81 Hemiparese und -plegie	202.000	1,6	51.800	1,2	53.100	3,4	3,9	1.030
M48 Sonstige Spondylopathien	190.900	1,5	81.500	1,8	19.500	1,2	2,3	240
M77 Sonstige Enthesopathien	176.400	1,4	98.700	2,2	12.900	0,8	1,8	130
M16 Koxarthrose	173.600	1,4	85.300	1,9	17.500	1,1	2,0	200
C50 Bösartige Neubildung der Brustdrüse	171.400	1,4	47.200	1,1	47.500	3,0	3,6	1.000
M23 Binnenschädigung des Kniegelenkes	163.800	1,3	79.200	1,8	14.286	0,9	2,1	180
Z98 Sonstige Zustände nach chirurgischem Eingriff	162.700	1,3	64.700	1,5	16.600	1,1	1,9	210
G20 Primäres Parkinson-Syndrom	155.500	1,2	42.800	1,0	38.600	2,4	3,6	900
M41 Skoliose	148.400	1,2	76.500	1,7	16.300	1,0	1,9	180
M19 Sonstige Arthrose	145.400	1,2	75.200	1,7	13.400	0,9	2,5	260
M42 Osteochondrose der Wirbelsäule	144.800	1,1	79.000	1,8	12.800	0,8	1,8	160

Quelle: AOK-HIS 2017

© Wlido 2016

Jugendlichen wenig in Anspruch genommen. Mit zunehmendem Alter steigt die Inanspruchnahme. In der Gruppe 45 bis 49 Jahre wurde 2016 für ein Viertel der

Frauen mindestens eine Leistung abgerechnet (Männer: 15 Prozent). Mit einer Patientenrate von 32,9 Prozent lag die höchste therapeutische Konzentration bei der

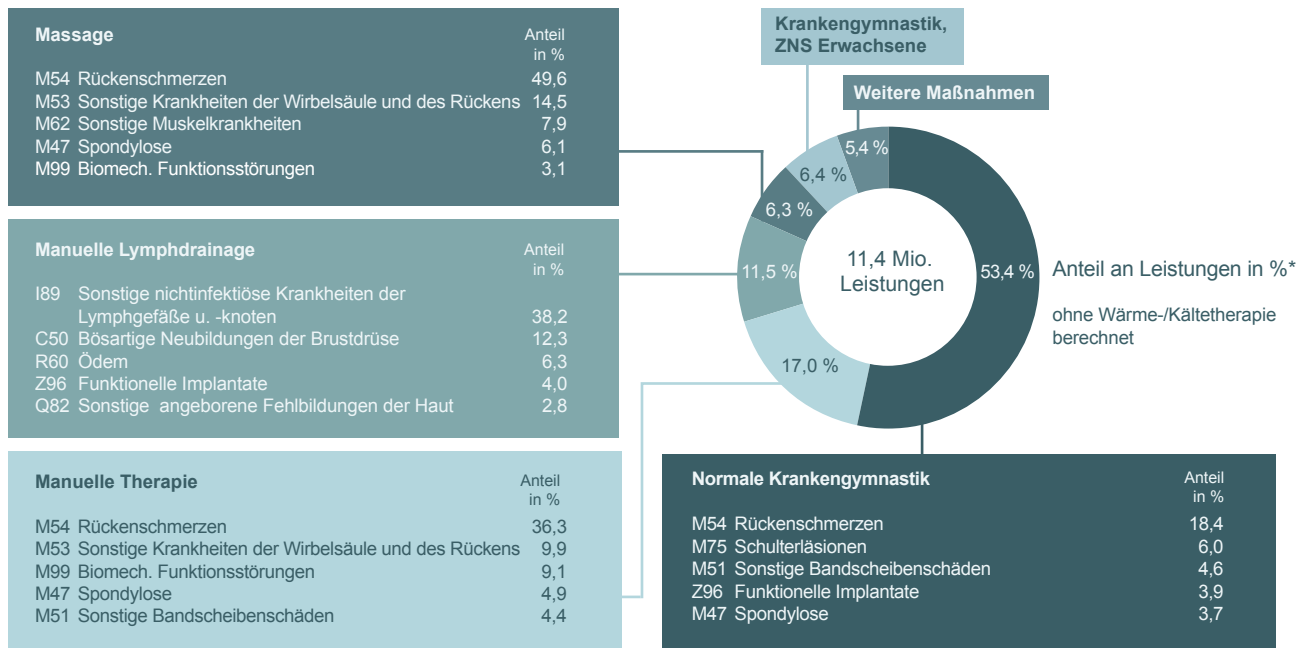


Abb. 22: Die häufigsten physiotherapeutischen Diagnose-Maßnahme-Kombinationen (AOK, 2016)

Quelle: AOK-HIS 2016

Altersgruppe der 75- bis 79-jährigen Frauen. Rund 13 Millionen physiotherapeutische Leistungen mit 89,8 Millionen einzelnen Behandlungen wurden

von AOK-Versicherten in Anspruch genommen. Je 1.000 AOK-Versicherte sind das durchschnittlich 3.520 einzelne physiotherapeutische Behandlungen in 510 Leis-

Tab 7: Die 10 häufigsten physiotherapeutischen Maßnahmen im Überblick (AOK, 2016)

Maßnahmen	Leistungen	Anteil an physiotherapeutischen Leistungen in %	Patienten	Anteil an physiotherapeutischen Patienten in %	Umsatz in Tsd. €	Anteil am physiotherapeutischen Umsatz in %	Verordnungen je Patient	Umsatz je Patient in €
Krankengymnastik, normal	6.085.400	46,7	2.825.400	63,4	621.800	38,2	2,2	220
Manuelle Therapie	1.932.700	14,8	1.158.400	26,0	206.300	12,7	1,7	180
Wärme-/ Kältetherapie	1.630.000	12,5	992.100	22,2	68.000	4,2	1,6	70
Manuelle Lymphdrainage	1.315.500	10,1	418.200	9,4	285.800	17,5	3,1	690
Krankengymnastik, ZNS, Erwachsene	731.000	5,6	177.600	4,0	178.200	10,9	4,1	1.000
Massage	712.000	5,5	534.800	12,0	42.900	2,6	1,3	80
Elektrotherapie	194.100	1,5	129.900	2,9	5.800	0,4	1,5	40
Krankengymnastik, ZNS, Kinder	133.500	1,0	57.400	1,3	34.500	2,1	2,3	600
Gerätegestützte Krankengymnastik	114.400	0,9	59.400	1,3	20.000	1,2	1,9	340
Traktion	85.200	0,7	56.600	1,3	2.200	0,1	1,5	40

Quelle: AOK 2017

tungen (Männer: 369 Leistungen, Frauen: 645 Leistungen). Ab 70 Jahre nahm rein rechnerisch 2016 jede Frau mindestens eine Therapie wahr.

Weibliche Patienten der Physiotherapie erhielten 2016 im Durchschnitt 3 Leistungen, männliche 2,8 Leistungen. Mit zunehmendem Alter stieg die Anzahl der Leistungen je Patient von 1,9 bei den Kleinkindern auf 3,5 Leistungen bei den Frauen ab 70 Jahre (Männer: 3,2 Leistungen). Ab dem 40. Lebensjahr erhielten weibliche Patienten jeweils geringfügig mehr Leistungen als männliche Patienten.

6.5 Diagnosen und physiotherapeutische Maßnahmen

Tabelle 6, S 27 zeigt die häufigsten Diagnosen in der Physiotherapie mit der Anzahl der Patienten, den Leistungen und dem Umsatz. Für knapp ein Drittel der physiotherapeutischen Patienten sind „Rückenschmerzen“ (ICD-M54) der Anlass für die Verordnung (31,5 Prozent). Gut 1,4 Millionen AOK-Versicherte waren 2016 davon betroffen. Diese unscharfe Diagnose belegte mit großem Vorsprung den ersten Platz, wurde mit 1,9 Leistungen je Patient im Durchschnitt aber eher kurzzeitig behandelt. Eventuell sind Patienten nachfolgend

in spezifischere Diagnosekategorien gewechselt.

Knapp 6,1 Millionen Leistungen der normalen Krankengymnastik wurden 2016 von rund 2,8 Millionen AOK-Versicherten in Anspruch genommen. Patienten dieser physiotherapeutischen Maßnahme machten mit 63,4 Prozent schon fast zwei Drittel der physiotherapeutischen Patienten aus, die Leistungen nahezu die Hälfte aller physiotherapeutischen Leistungen (46,7 Prozent). Fast ein Viertel der Patienten (1.158.400 AOK-Versicherte) nahm knapp 1,93 Millionen Leistungen der Manuellen Therapie in Anspruch – ein Anteil von 14,8 Prozent an den Leistungen. Wärme- und Kälteanwendungen hatten einen Anteil von 12,5 Prozent an den Leistungen. Abbildung 21 zeigt den Verordnungs- und Umsatzanteil der häufigsten physiotherapeutischen Maßnahmen. In Tabelle 7, S 28 werden zu den zehn häufigsten Maßnahmen der Physiotherapie auch die Kennzahlen gezeigt, die aufgrund der Patientenzahlen berechnet wurden.

Abbildung 22 stellt Diagnosen und die vier häufigsten physiotherapeutischen Maßnahmen verschränkt dar. Da Wärme- und Kälteanwendungen nur begleitend zu anderen Maßnahmen verordnet werden können, werden sie bei dieser Darstellung nicht berücksichtigt. Die Anteilswerte der dargestellten Maßnahmen erhöhen sich dadurch. Die mengenmäßig bedeu-

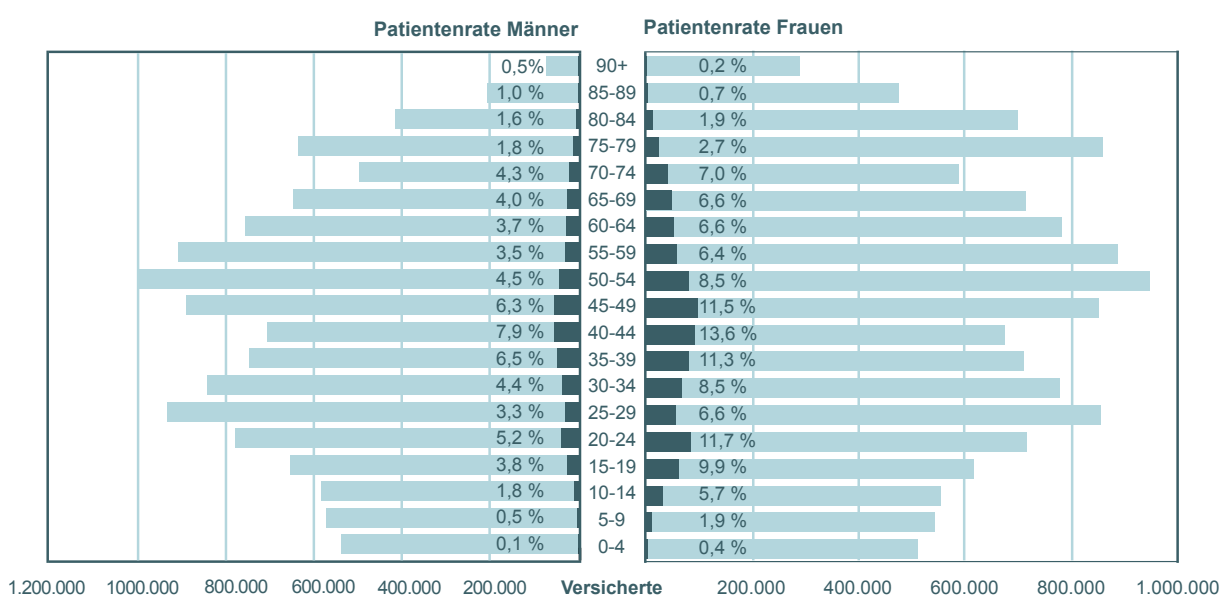


Abb. 23: Physiotherapeutische Behandlungsrate aufgrund von ICD-M54 Rückenschmerzen, Anteil an allen Versicherten in Prozent (AOK, 2016)

Quelle: AOK-HIS 2017

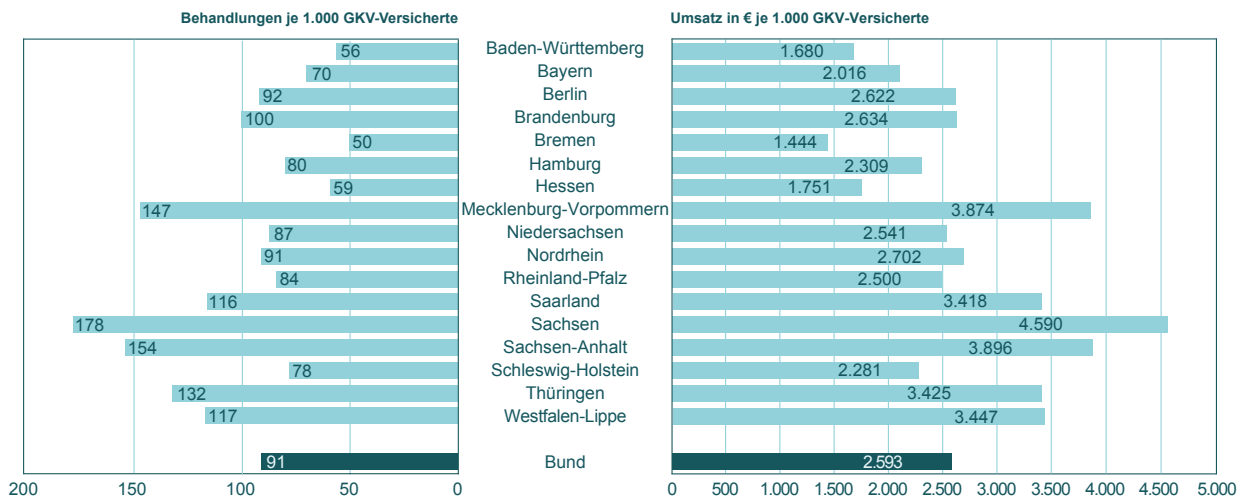


Abb. 24: Regionale Unterschiede bei podologischen Behandlungen und Kosten (GKV, 2016)

Quelle: GKV-HIS 2017, eigene Berechnungen

tendste Diagnose „M54 Rückenschmerzen“ führte bei der Maßnahme Massage zu knapp der Hälfte aller Therapien und bei der Manuellen Therapie zu gut einem Drittel der Therapien.

Fall aufgrund der M54-Diagnose dauerte im Jahr 2016 12,2 AU-Tage². Rund 43 Prozent der Versicherten mit „ICD-M54 Rückenschmerzen“ sind dabei nur kurzfristig, in einem Quartal, ein „Fall“. Ein gutes Viertel der Patienten mit ICD-M54 ist in allen vier Quartalen 2016

6.6 Prävalenz und Heilmitteltherapie bei Patienten mit Rückenschmerzen (ICD-M54)

Die mit Abstand häufigste Einzeldiagnose als Verordnungsanlass ist in der Physiotherapie die unspezifische Rückenschmerz-Diagnose M54. Die Häufigkeit von unspezifischen Rückenschmerzen in der physiotherapeutischen Praxis geht auf die Häufigkeit von Rückenschmerzen im ambulanten Versorgungsgeschehen zurück: Von den 2016 durchgängig Versicherten wurde bei 6,8 Mio. der AOK-Versicherten im Rahmen der vertragsärztlichen ambulanten Versorgung eine gesicherte ICD-Diagnose „M54 Rückenschmerzen“ dokumentiert ¹. Die Prävalenzrate für diese unspezifische Diagnosekodierung beträgt damit 26,7 Prozent. Die Prävalenzrate stieg im Zehn-Jahres-Zeitraum seit 2007 moderat um 7,3 Prozent. Auf die Diagnose „M54 Rückenschmerzen“ entfallen jährlich im Durchschnitt knapp zwei Arbeitsunfähigkeitstage je durchgängig versichertes AOK-Mitglied. Ein durchschnittlicher AU-

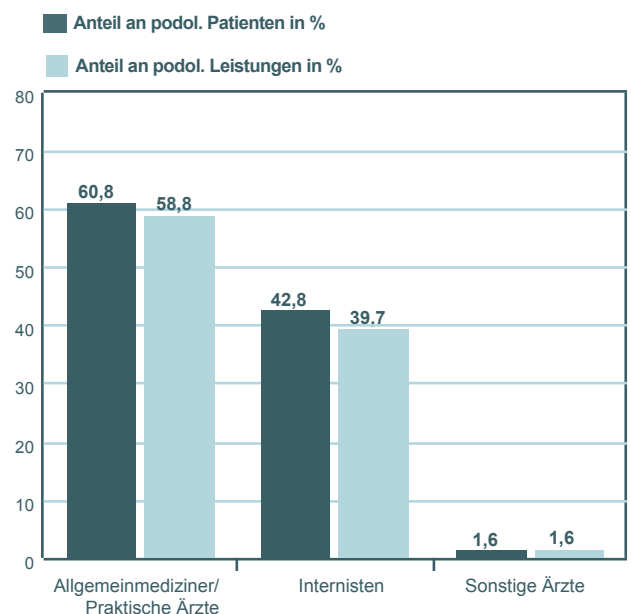


Abb. 25: Podologische Verordnungen und Patienten nach Facharztgruppen (AOK, 2016)

Quelle: AOK-HIS 2017

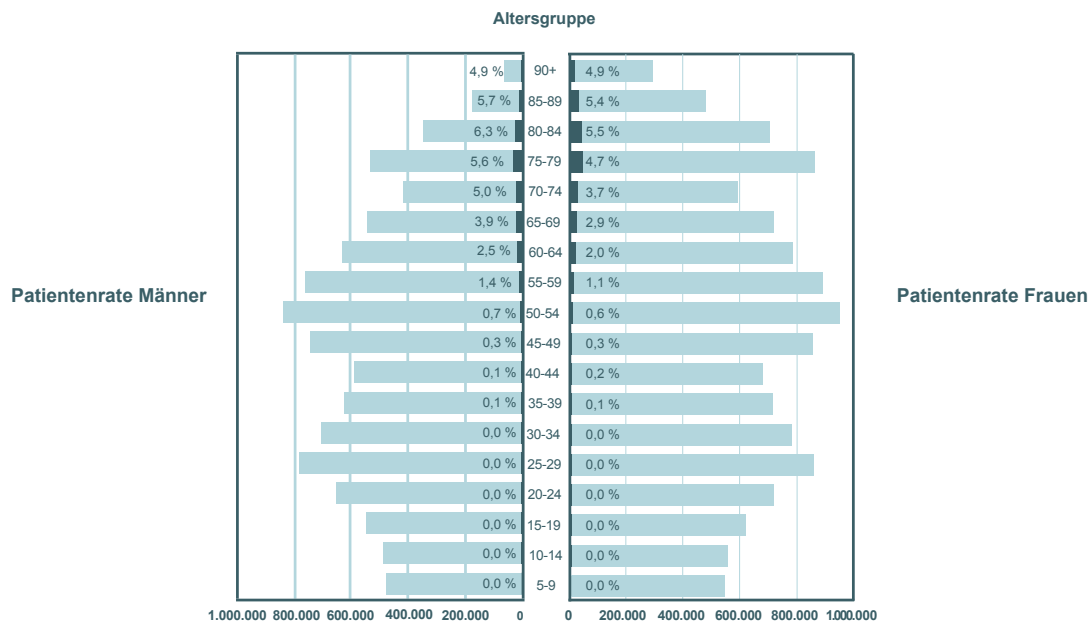


Abb. 26: Podologische Patienten nach Alter und Geschlecht (AOK, 2016)

Quelle: AOK-HIS 2017

als Fall dokumentiert. Diese Patienten sind hier zunächst als langwierige Behandlungsfälle zu sehen. Sie sind jedoch nicht identisch mit chronischen Rückenschmerzpatienten, für die in der Regel noch (zusätzliche) Diagnosen aus anderen Krankheitsgruppen kodiert werden³.

Physiotherapeutische Versorgung aufgrund der Diagnose M54 Rückenschmerzen

Rund 1,4 Mio. Versicherte erhalten eine physiotherapeutische Leistung mit einer unspezifischen Rückenschmerzdiagnose (ICD10: M54). Im Abgleich mit den Diagnosedaten der ambulanten Versorgung geht dies immer mit einer Diagnose aus dem Spektrum der Rückenerkrankungen einher. Bei 77 Prozent dieser 2016 durchgängig AOK-Versicherten mit physiotherapeutischer Versorgung aufgrund der M54-Diagnose bleibt es im Beobachtungsjahr bei einer einmaligen Verordnung von Physiotherapie. Nur 5 Prozent dieser physiotherapeutisch versorgten AOK-versicherten Patienten hat dauerhaft, nämlich in drei oder vier Quartalen eine Verordnung erhalten.

Da sich, wie oben angeführt, die physiotherapeutisch behandelten Versicherten mit M54-Diagnose nicht allein auf die AOK-Versicherten mit ambulant kodierter M54-Diagnose beziehen lassen, um eine Behandlungsrate zu erhalten, zeigt Abbildung 23 für alle Alters-

gruppen und nach Geschlecht den Anteil der physiotherapeutisch versorgten Patienten mit M54-Diagnose an allen AOK-Versicherten. Die physiotherapeutische Behandlungsrate aufgrund von „M54 Rückenschmerzen“ liegt bei 5,4 Prozent (Frauen: 6,9 Prozent, Männer: 3,9 Prozent). Bei den Anfang Fünfzigjährigen ist durchschnittlich jeder zehnte Versicherte wegen Rückenschmerzen in physiotherapeutischer Behandlung (Behandlungsrate Frauen: 13,6 Prozent). Bei den Versicherten, die aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind (65+ Jahre), sinkt dann die Prävalenz- und Behandlungsrate zunächst ab, um bei den Anfang Siebzigjährigen erneut leicht anzusteigen (Behandlungsrate Frauen: 11,7 Prozent).

Von den gut 2,1 Mio. physiotherapeutischen Rezepten für AOK-Versicherte mit der Diagnosebegründung „M54 Rückenschmerzen“ wurde in knapp einem Viertel der Fälle eine ergänzende Wärme- oder Kältetherapie verordnet, so dass insgesamt 2,7 Mio. Leistungen auf diese Diagnose zurückgehen. Gut die Hälfte der Leistungen (ohne Wärmetherapie) war eine normale Krankengymnastik (51,0 Prozent), knapp 30 Prozent waren Manuelle Therapien und knapp 15 Prozent Massagen. Alle weiteren physiotherapeutischen Maßnahmen hatten zusammen nur einen Anteil von unter 5 Prozent bei der Behandlung von M54-Rückenschmerzpatienten.

Im Durchschnitt sind die AOK-versicherten Patienten mit 368 Leistungen je 1.000 Versicherte mit M54-Diagnose behandelt worden. Je Physiopatient wurden 2016 1,9 Leistungen verordnet. Damit war die Behandlungsdauer vergleichsweise kurz, es ist jedoch eine deutliche

Ausweitung der Behandlungsdauer mit steigendem Alter der Patienten zu beobachten: Während Kinder unter vierzehn Jahren mit 1,4 Leistungen therapiert wurden, sind es bei den Neunzigjährigen 2,4 Leistungen.

7 Podologie

7.1 Verordnungen und Umsatz

Die Podologie ist eine spezielle medizinische Fußpflege, die bei Diabetikern mit dem Diabetischen Fußsyndrom angewendet wird. Rund 1,7 Millionen podologische Leistungen mit zusammen 6,5 Millionen Behandlungssitzungen wurden 2016 von den GKV-Versicherten in Anspruch genommen (AOK: 771.700 Leistungen, 2,86 Mio. Behandlungen). Auf jeweils 1.000 Versicherte entfielen jeweils 24,3 Leistungen mit zusammen 91 Behandlungen. Die Therapien haben einen Gegenwert von 186,2 Millionen Euro (AOK: 81,9 Mio. Euro). Eine durchschnittliche podologische Leistung kostete ohne Zusatzleistungen wie Hausbesuche oder Wegepauschalen 101,22 Euro (AOK: 99,27 Euro) und mit Zusatzleistungen 107,16 Euro (AOK: 106,19 Euro).

Verteilt man die Kennzahlen der podologischen Heilmittelleistungen des Jahres 2016 für die 771.700 an

AOK-Versicherte verordneten Therapien nicht auf alle Versicherten, sondern auf die mit einer podologischen Behandlung, stellt sich die Versorgung so dar: Insgesamt haben mehr als 375.700 Patienten im Durchschnitt jeweils 2,05 Leistungen mit zusammen 7,6 Behandlungen erhalten. Die jährlichen Kosten je Patient summieren sich auf 218,16 Euro.

7.2 Regionale Unterschiede

Rein rechnerisch haben jeweils 1.000 GKV-Versicherte 91 Behandlungen erhalten. Die einzelnen Regionen, nach Kassenärztlichen Vereinigungen betrachtet, weichen bei dieser Kennzahl erheblich voneinander ab (Abb. 24): In Sachsen war mit 178 Behandlungen je 1.000 GKV-Versicherte die Inanspruchnahme am höchsten, gefolgt von den KVen Sachsen-Anhalt

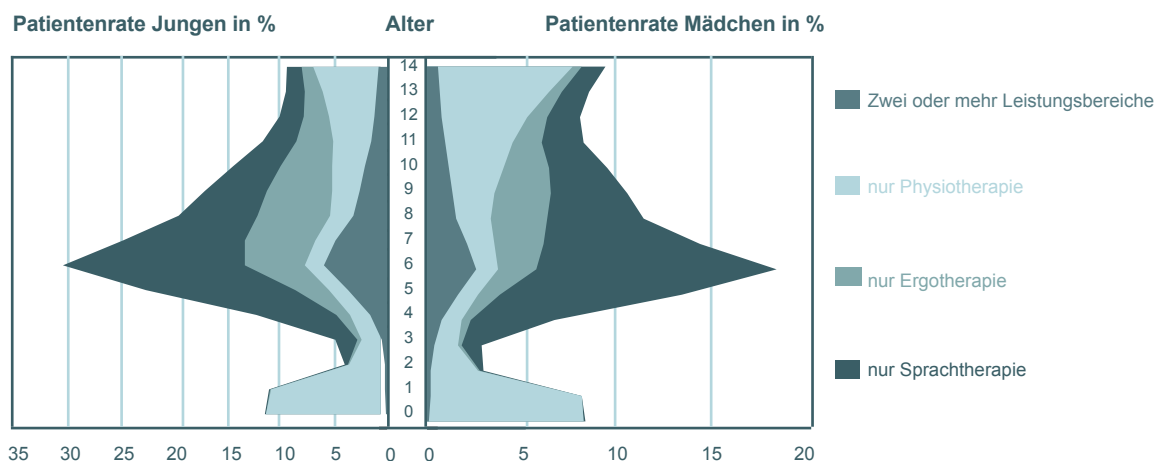


Abb. 27: Patienten bis 14 Jahre nach Leistungsbereichen (AOK, 2016)

Tab 8: Leistungen je 1000 Kinder bis 14 Jahre nach Leistungsbereichen (AOK, 2016)

Alter	Physiotherapie			Ergotherapie			Sprachtherapie			alle Bereiche		
	Jungen	Mädchen	Zusammen	Jungen	Mädchen	Zusammen	Jungen	Mädchen	Zusammen	Jungen	Mädchen	Zusammen
14	131	168	149	47	22	35	50	41	46	228	232	230
13	109	138	123	67	34	51	66	51	59	241	223	233
12	95	112	103	91	47	69	84	61	72	270	219	245
11	84	93	88	129	67	99	115	79	98	329	239	285
10	77	77	77	186	96	142	167	108	139	431	280	358
9	67	66	66	240	120	182	223	146	185	530	331	434
8	65	57	61	279	126	205	286	182	235	630	366	501
7	61	50	56	323	133	231	454	293	376	839	476	662
6	62	50	56	336	131	236	694	459	579	1093	640	872
5	54	43	49	189	74	133	557	356	459	801	473	641
4	48	37	43	74	32	54	277	157	219	399	226	315
3	41	39	40	20	12	16	67	37	53	128	88	109
2	64	59	62	6	4	5	11	8	9	81	71	76
1	195	153	174	3	2	3	5	4	4	202	159	181
0	153	121	138	1	1	1	2	3	2	157	125	141
0 bis 14	86	84	85	135	61	99	207	134	171	428	279	355

Quelle: AOK-HIS 2017

© Wido 2016

(154 Behandlungen) und Mecklenburg-Vorpommern (147 Behandlungen). Eine weit unterdurchschnittliche Inanspruchnahme ist bei der KV Bremen (50 Behandlungen) zu sehen.

7.3 Verordnende Arztgruppen

Von den 2016 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden 146.000 Ärzten haben zwei Facharztgruppen nahezu alle podologischen Leistungen verordnet: Allgemeinmediziner und Praktische Ärzte versorgten 60,8 Prozent der Patienten und die Ärzte der Fachgruppe der Internisten versorgte weitere 43,8 Prozent der podologischen Patienten.

Tab 9: Patientenrate bei sechsjährigen Versicherten im Zeitverlauf (AOK 2008 bis 2016)

Patientenrate in Prozent						
Jahr	Ergotherapie			Logopädie		
	Jungen	Mädchen	Zusammen	Jungen	Mädchen	Zusammen
2016	11,2	4,4	7,9	22,9	15,7	19,4
2015	12,2	4,7	8,5	23,7	16,2	20
2014	12,4	4,7	8,6	24,1	16,2	20,2
2013	12,5	5,1	8,9	24,6	16,7	20,7
2012	13,1	5,3	9,3	24,9	16,8	21
2011	13,5	5,4	9,6	24,9	16,8	21
2010	13,7	5,5	9,7	23,9	16,2	20,1
2009	13,9	5,4	9,6	23,4	15,7	19,6
2008	13,6	5,2	9,5	21,9	14,1	18,1

Quelle: AOK-HIS 2017

© Wido 2016

7.4 Podologische Patienten und Leistungen nach Alter und Geschlecht

Die 375.700 AOK-Versicherten, die 2016 mindestens eine podologische Leistung in Anspruch genommen haben, entsprechen einer Patientenrate von 15 Patienten je 1.000 AOK-Versicherte oder 1,5 Prozent (Männer: 1,4 Prozent und Frauen: 1,6 Prozent) (Abb. 26). Rund 55 Prozent der podologischen Patienten sind weiblich. Die Patienten, die diese Leistung in Anspruch nehmen, sind bis auf wenige Ausnahmen höheren Alters, sodass erst in der Gruppe der 55- bis 59-Jährigen eine Patientenrate von 1 Prozent zu sehen ist. Die Rate steigt mit zunehmendem Lebensalter der Versicherten an und liegt bei den 80- bis 84-Jährigen am höchsten: 6,3

Prozent der Männer und 5,5 Prozent der Frauen nahmen 2016 mindestens eine podologische Leistung wahr.

Rund 771.700 podologische Leistungen mit zusammen 2,86 Millionen Behandlungen wurden 2016 von AOK-Versicherten in Anspruch genommen. Je 1.000 AOK-Versicherte sind das 30,2 Leistungen mit zusammen 112 Behandlungen (Männer: 28 und Frauen: 32,4). Die höchste Inanspruchnahme ist bei den 80- bis 84-Jährigen mit 127 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 2016 durchschnittlich 2 Leistungen.

8 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 noch bevor sie erkranken und um bei Störungen die natürliche Entwicklung zu unterstützen. Die Heilmitteltherapie besteht dabei neben der Versorgung von Kindern mit schweren, chronischen Erkrankungen oder schwerwiegenden Entwicklungsstörungen aus heilpädagogischen Leistungen oder geschieht im Rahmen der Frühförderung. Im Folgenden sollen die Kennzahlen der Inanspruchnahme von Heilmitteln auf die Gruppe der AOK-versicherten Kinder bis einschließlich 14 Jahre eingegrenzt dargestellt werden.

für Kinder bis einschließlich 14 Jahre im Jahr 2016 insgesamt abgerechnet worden.

Die durchschnittliche Patientenrate von 11,8 Prozent zeigt drei Lebensphasen, in denen besonders viele Kinder therapiert werden: die ersten beiden Lebensjahre,

8.1 Patienten und Leistungen nach Alter und Geschlecht

Rund 3,3 Millionen Kinder bis einschließlich 14 Jahre waren im Jahresdurchschnitt 2016 bei der AOK versichert (das entspricht 13 Prozent der Versicherten). Gut 391.400 Kinder nahmen 2016 mindestens eine Heilmittelleistung in Anspruch. Die Patientenrate lag bei den Jungen bei 138 Heilmittelpatienten je 1.000 bzw. 13,8 Prozent. Bei den Mädchen nahmen 98 je 1.000 eine Heilmitteltherapie in Anspruch, also 9,8 Prozent der Mädchen bis 14 Jahre. Rund 1,18 Mio. Leistungen sind

Patientenrate in %

Quelle: AOK-HIS 2017

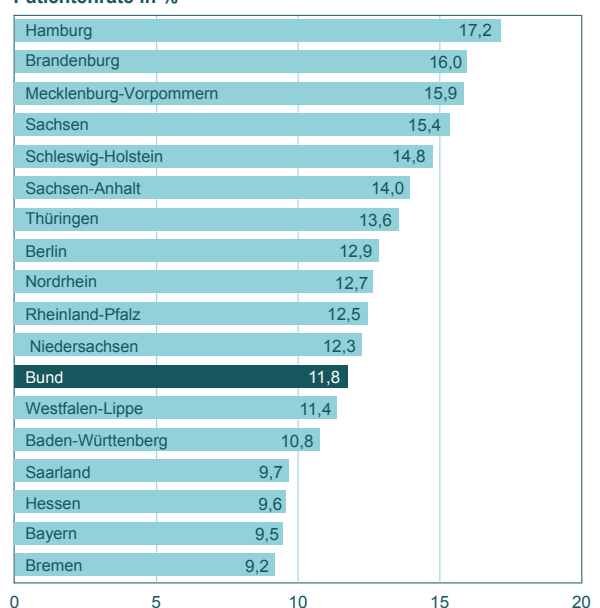


Abb. 28: Regionale Unterschiede in der Patientenrate bei Kindern bis 14 Jahre nach Kassenärztlichen Vereinigungen (AOK, 2016)

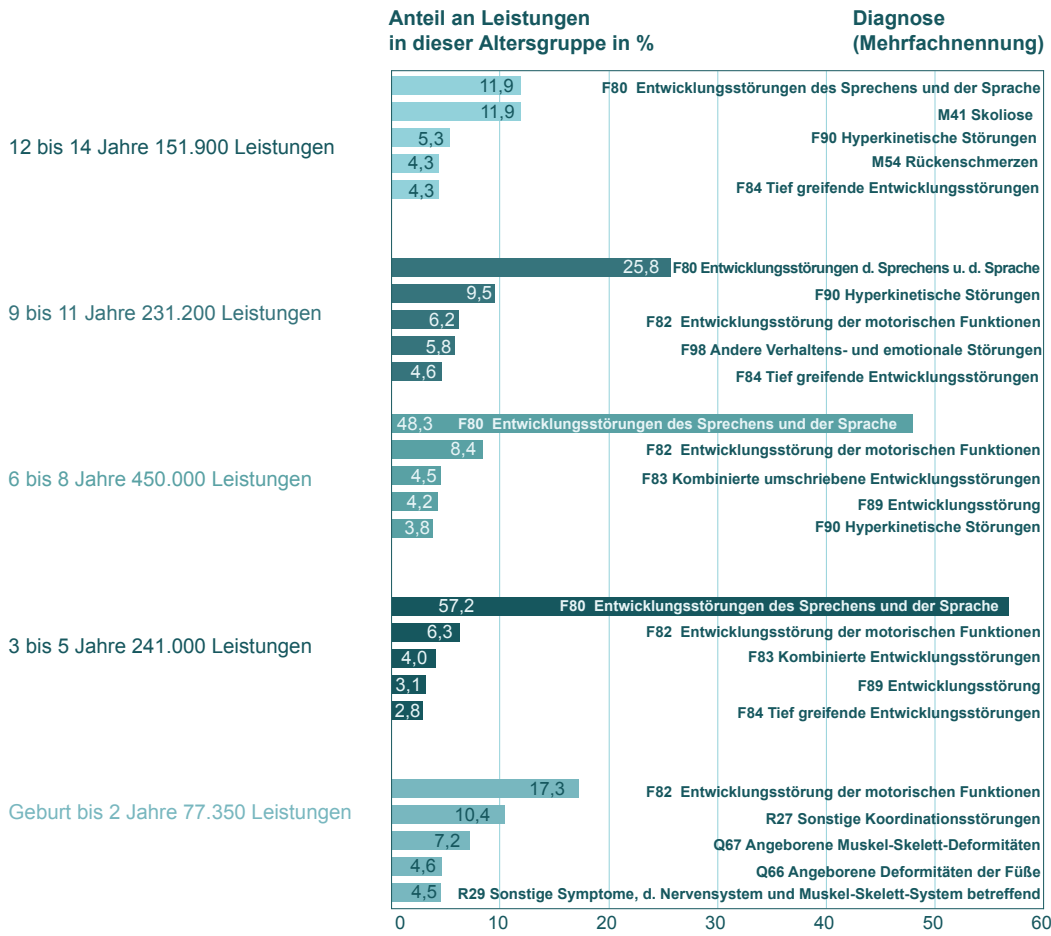


Abb. 29: Die häufigsten Diagnosen bei Kindern bis 14 Jahre (AOK, 2016)

Quelle: AOK-HIS 2017

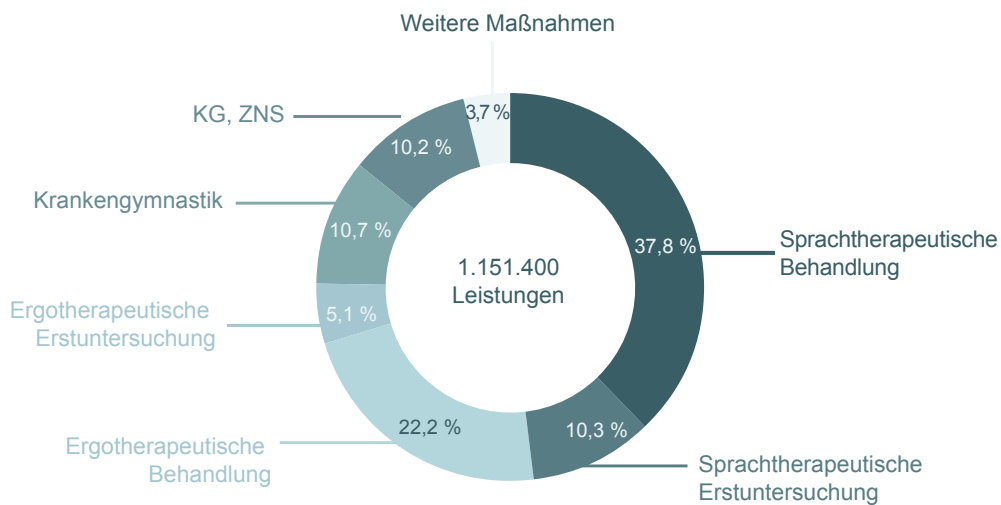


Abb. 30: Die häufigsten Maßnahmen bei Kindern bis einschließlich 14 Jahre (AOK, 2016)

Quelle: AOK-HIS 2017

Tab 10: Versicherte und Heilmittel-Patienten im Altersgruppenvergleich (AOK, 2016)

Patienten je 1.000 Versicherte						
Altersgruppen	Anzahl Versicherte in Tsd.*	Anteil an Versicherten in %	Ergotherapie	Sprachtherapie	Physiotherapie	Heilmittel
90+	363	1,4	23	10	255	339
85-89	686	2,7	22	10	277	366
80-84	1.119	4,4	20	9	294	383
75-79	1.500	5,9	17	8	289	366
70-74	1.089	4,3	15	7	266	332
65-69	1.366	5,4	12	6	242	294
60-64	1.543	6,0	12	5	254	292
60 bis 90+	7.666	30,0	16	7	268	335
20-59	13.272	52,0	6	3	163	176
0-19	4.586	18,0	27	46	51	124
Alle	25.523	100,0	13	12	175	214

*Stichtagsversicherte

**Zählung inkl. Podologie, Patienten nur einmal gezählt - keine Summenbildung

Quelle: AOK-HIS 2017

© Wido 2016

die Zeit kurz vor der Einschulung und die Zeit kurz nach der Einschulung (Abb. 27). Der therapeutische Schwerpunkt in den beiden ersten Lebensjahren liegt bei den Maßnahmen der Physiotherapie. Noch vor dem ersten Geburtstag wurden 10,9 Prozent der Jungen und 8,6 Prozent der Mädchen physiotherapeutisch behandelt: Jungen mit 153 Leistungen und Mädchen mit 121 Leistungen je 1.000 Versicherte diesen Alters (Tab 8). Bei den Einjährigen ist die Patientenrate noch fast genau-

so hoch und die Inanspruchnahme liegt bei 195 Leistungen je 1.000 Jungen bzw. 153 Leistungen je 1.000 Mädchen.

Bei den Vierjährigen, also in einem Alter, in dem die meisten Kinder in den Kindergarten gehen, steigt die Patientenrate erneut an: 11,8 Prozent der Jungen und 7,0 Prozent der Mädchen erhielten Heilmittelverordnungen. Der Schwerpunkt liegt dabei auf Maßnahmen der Sprachtherapie. Von den vierjährigen Jungen er-

Tab 11: Versicherte und Heilmittelleistungen im Altersgruppenvergleich (AOK, 2016)

Leistungen je 1.000 Versicherte*						
Altersgruppen	Anzahl Versicherte in Tsd.	Anteil an Versicherten in %	Ergotherapie	Sprachtherapie	Physiotherapie	Heilmittel insgesamt**
90+	363	1,4	84	29	900	1.112
85-89	686	2,7	83	30	965	1.192
80-84	1.119	4,4	75	30	1.008	1.236
75-79	1.500	5,9	65	27	980	1.179
70-74	1.089	4,3	56	23	897	1.067
65-69	1.366	5,4	45	19	778	914
60-64	1.543	6,0	43	16	781	886
60 bis 90+	7.666	30,0	60	24	891	1.063
20-59	13.272	52,0	22	8	429	466
0-19	4.586	18,0	76	130	109	315
Alle	25.523	100,0	43	35	510	618

*Stichtagsversicherte

**Zählung inkl. Podologie

Quelle: AOK-HIS 2017

© Wido 2016

hielten 9,1 Prozent sprachtherapeutische Leistungen, je 1.000 Versicherte 277 Leistungen. Von den Mädchen waren 5,3 Prozent in sprachtherapeutischer Behandlung mit 157 Leistungen je 1.000. Die sprachtherapeutischen Maßnahmen nehmen in den darauffolgenden Lebensjahren zu und werden bei den sechsjährigen Kindern am häufigsten eingesetzt. Von den sechsjährigen Jungen wurden 22,9 Prozent mit Sprachtherapien behandelt, rund 6 Prozent wurden parallel mit Maßnahmen der beiden anderen Leistungsbereiche therapiert (Abb. 27). Von den sechsjährigen Mädchen nahmen 15,7 Prozent Sprachtherapie in Anspruch (2,6 Prozent parallel auch Maßnahmen anderer Leistungsbereiche).

Bei den Fünfjährigen steigt die ergotherapeutische Patientenrate an: 6,3 Prozent der Jungen und 2,5 Prozent der Mädchen nahmen Ergotherapie in Anspruch. Auch hier war ein Teil der Kinder gleichzeitig Patient in einem anderen Leistungsbereich (Abb. 27). Bei den Jungen ist die ergotherapeutische Patientenrate im Alter von sechs Jahren am höchsten (11,3 Prozent der Jungen in Behandlung), bei den Mädchen im Alter von sieben Jahren (4,6 Prozent in Behandlung).

Betrachtet man alle Leistungsbereiche zusammen, ist die Patientenrate bei den Sechsjährigen am höchsten: 30,3 Prozent der Jungen und 19,3 Prozent der Mädchen erhielten Behandlungen (Abb. 27). Je 1.000 sechsjährige Jungen werden 1.093 Leistungen in Anspruch genommen, je 1.000 sechsjährige Mädchen 640 Leistungen. Ab dem 13. Lebensjahr sinkt die Patientenrate insgesamt wieder stark ab.

Bei der Betrachtung der zurückliegenden Jahre sieht man die höchste ergotherapeutische 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. (Tab 9).

8.2 Regionale Unterschiede

Die im Bund durchschnittliche Patientenrate von 11,8 Prozent wurde 2016 in allen KVen der neuen Bundesländer überschritten, allen voran in Sachsen und Mecklenburg-Vorpommern. Da auch die Kinder in den beiden Großstädten Hamburg und Berlin sowie in Schleswig-Holstein überdurchschnittliche Patientenraten aufwiesen, kann man zusammenfassend sagen, dass die Inanspruchnahme im Nordosten (mit Ausnahme Bremens) eher überdurchschnittlich und in der Mitte und im Südwesten Deutschlands eher unterdurchschnittlich war.

8.3 Patienten und Leistungen nach Diagnosen

Für 229.000 Kinder und damit für mehr als die Hälfte der Kinder mit Heilmitteltherapie waren Entwicklungsstörungen (ICD-F80-F89) der Anlass der Verordnung (58,5 Prozent). Innerhalb dieser Diagnosegruppe ist die Diagnose „F80 Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache“ der häufigste Behandlungsanlass, bei 38,2 Prozent aller Kinder mit Heilmitteltherapie wurde diese Störung dokumentiert.

Für fast 40.000 Kinder und damit 10 Prozent der kindlichen Heilmittelpatienten waren diagnostizierte Verhaltensstörungen (ICD-F90-F98) für die Verordnung ausschlaggebend. Davon hatte die Hälfte die Diagnose „F90 Hyperkinetische Störungen“.

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. Infantiler Zerebralparese, Hemi-/Tetraparese und -plegie oder Down-Syndrom, werden die Kinder im Jahresdurchschnitt mit rund vier Leistungen unterstützt. Bei den vergleichsweise häufig von den Ärzten kodierte Entwicklungsstörungen liegt die Behandlungsfrequenz im Durchschnitt niedriger: Die Kinder mit der Diagnose „F80 Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache“ werden mit 2,8 Leistungen im Jahr therapiert, die Kinder mit der Diagnose „F82 Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen“ nehmen 2,4 Leistungen in Anspruch und die Kinder mit Hyperkineti-

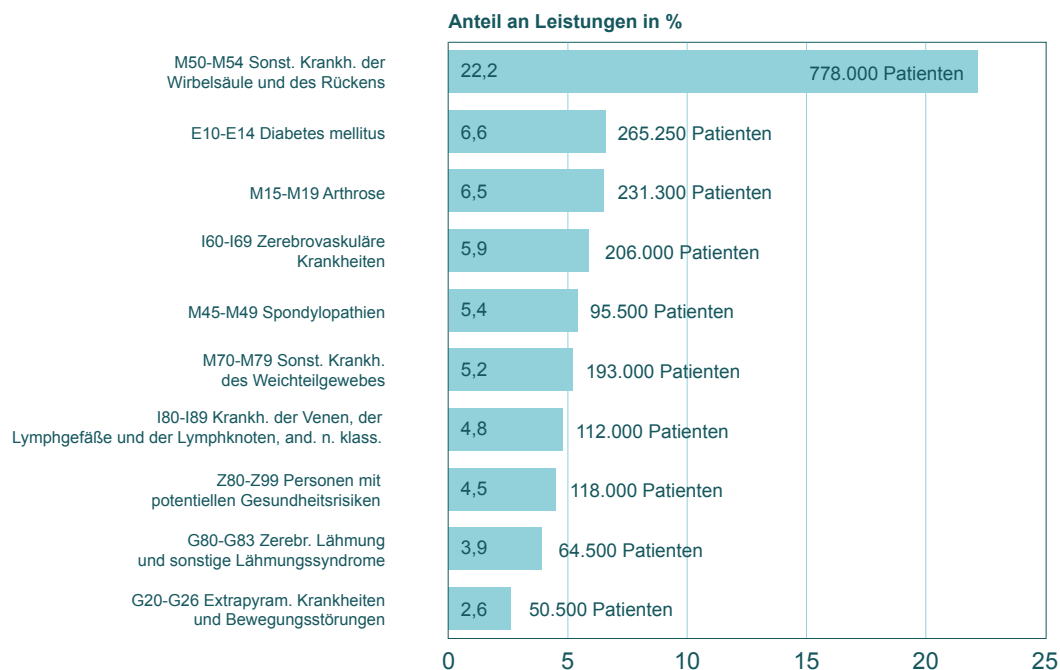


Abb. 31: Die häufigsten Diagnosen bei Patienten ab 60 Jahre (AOK, 2016)

Quelle: AOK-HIS 2017

schen Störungen (ICD-F90) bzw. anderen Verhaltensstörungen (ICD-F98) erhalten rein rechnerisch 2,6 Leistungen im Jahr. In den ersten beiden Lebensjahren dominieren Diagnosen, die zu Maßnahmen der Physiotherapie führen: 17,3 Prozent der Leistungen, die von Kindern in diesem Alter in Anspruch genommen werden, veranlasste die Diagnose „F82 Umschriebene Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen“ und 10,4 Prozent die Diagnose „27 Sonstige Koordinationsstörungen“ (Abb. 29). In der Gruppe der Drei- bis Fünfjährigen dominieren mit einem Anteil von 57,2 Prozent 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 sinkt der Anteil der Leistungen mit dieser Diagnose an allen Leistungen. Die Diagnose von Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen veranlasst – wenn auch auf einem niedrigeren Niveau – ebenfalls bis zum Alter von elf 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.

Die häufigsten Maßnahmen, die von Kindern bis 14 Jahre insgesamt in Anspruch genommen werden, sind sprachtherapeutische Maßnahmen (ohne Erstuntersuchung) mit einem Anteil von 37,8 Prozent, gefolgt von ergotherapeutischen Maßnahmen ohne Erstuntersuchung mit einem Anteil an den Leistungen von 22,2 Prozent (Abb. 30). Mehr als 10 Prozent aller Leistungen für Kinder bis einschließlich 14 Jahre sind normale Krankengymnastik bzw. Krankengymnastik auf neurophysiologischer Basis.

9 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 7,67 Millionen AOK-Versicherte ab 60 Jahre machen 2016 30 Prozent der Versicherten, aber 46 Prozent der Heilmittelpatienten aus.

9.1 Patienten und Leistungen

Tabelle 10 zeigt die Patientenrate der Altersgruppen ab 60 Jahre im Vergleich zu Kindern und Jugendlichen sowie Erwachsenen zwischen 20 und 59 Jahren. Die Patientenrate stieg 2016 von 292 Patienten je 1.000 Versicherte bzw. 29,2 Prozent auf 38,3 Prozent bei den 80- bis 84-Jährigen an. In dieser Altersgruppe war mehr als jeder Dritte ein Heilmittelpatient.

Tabelle 11 stellt die Leistungen je 1.000 Versicherte in den Vergleichsgruppen dar. Mit durchschnittlich über 1.000 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: 891 physiotherapeutische Leistungen je 1.000 Versicherte.

9.2 Diagnosen und Maßnahmen bei Patienten ab 60 Jahre

Mit rund 795.100 Versicherten durchlief ein gutes Fünftel der Versicherten ab 60 Jahre die Heilmitteltherapien aufgrund einer Diagnose aus der Gruppe „M50-M54 Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens“. Mit großem Abstand folgten die Versicherten, deren Diabetes mellitus eine podologische Verordnung ausgelöst hat. Mit Arthrose und Spondylopathien folgen Diagnosen als Verordnungsanlass, die bei einer älteren Versichertengruppe auch häufiger zu erwarten sind (Abb. 31).

Die normale Krankengymnastik wird mit 3,3 Millionen Leistungen am häufigsten von Versicherten ab 60 Jahre in Anspruch genommen (Anteil an Leistungen: 40,7 Prozent). Abbildung 32 stellt die Anzahl der Leistungen, die von Patienten ab 60 Jahre genutzt wurden, nach Art der Maßnahme dar. Gegenüber jüngeren Patienten wird die Massage weit weniger in Anspruch genommen, die Manuelle Lymphdrainage demgegenüber weitaus häufiger (vergleiche mit Tabelle 6).

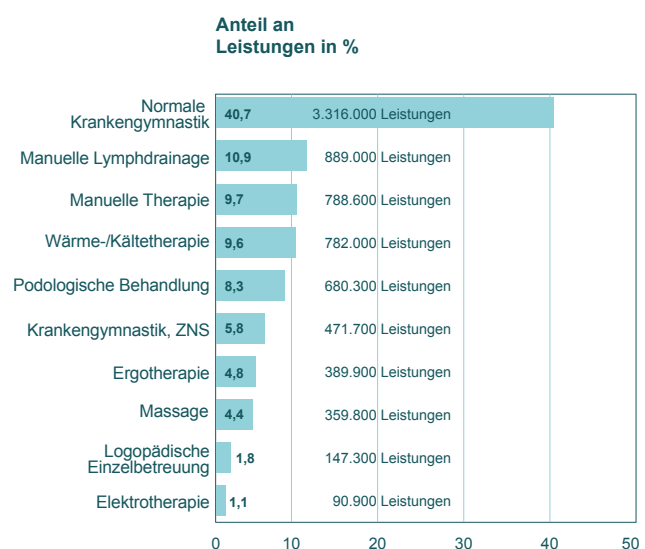


Abb. 32: Die häufigsten Maßnahmen bei Patienten ab 60 Jahre (AOK, 2016) Quelle: AOK-HIS 2017

10 Glossar

Anzahl und Kosten:

Die Anzahl gibt jeweils die Menge des therapeutischen Mittels bei der Verordnung an. Die angegebenen Kosten weisen bei der Leistung jeweils die Gesamtkosten aus, also die Kosten von Heilmittelleistung und eventuell anfallender Zusatzleistung zusammen.

Behandlung:

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

Behandlungen je Leistung/Verordnung:

Die Anzahl der einzelnen Ausführungen 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 „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.).

Bruttoumsatz je Rezept:

Der Bruttoumsatz je Rezept bezeichnet die Gesamtkosten aller verordneten Leistungen (Heilmittel und ggf. erforderliche Zusatzleistung), die auf einem Vordruck rezeptiert sind (z. B. Krankengymnastik, Heißluft und evtl. Wegegeld, Hausbesuchspauschale).

Diagnosen:

Für Auswertungen nach Diagnosen wird 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 die verordnete therapeutische Maßnahme bezeichnet (z. B. „KG, Gerät“ – die Verordnung von „6 x KG, Gerät“ wird als eine Leistung gezählt).

Leistungsbereich:

Die Heilmittelleistungen werden hier den Leistungsbereichen Physiotherapie, Podologie, Ergotherapie und Sprachtherapie (Logopädie) 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 (Physiotherapie, Ergotherapie) vom Vertragsarzt benannt werden.

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. Zusatzleistung 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 sind jeweils inklusive des Zuzahlungsanteils berechnet.

Fußnoten:

¹ Dabei handelt es sich um die Kodierung des schmerzhaften Zustandes, nicht einer Erkrankung. Rückenschmerzen als Symptom einer Erkrankung können auch unter anderen Diagnosegruppen kodiert worden sein, beispielsweise als Bandscheibenvorfall oder Chronische Schmerzkrankung.

² Badura B/ Ducki A/ Schröder H/ Klose J/Meyer M (Hrsg.) (2017), Berlin: Springer, Kap.26

³ Aktuell ist für die Gruppe der chronischen Rückenschmerzpatienten ein Disease-Management-Programm in der Diskussion. Die Einschlusskriterien sind schon beispielhaft beschrieben, siehe:

www.iqwig.de/de/presse/pressemitteilungen/pressemitteilungen/dmp-chronischer-ruckenschmerz-leitlinien-decken-alle-wichtigen-versorgungsaspekte-ab.7136.html

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Leistungsausgaben im Zeitverlauf (GKV, 2007 bis 2016)	10
Abbildung 2: Entwicklung der Verordnungen je 1000 GKV-Versicherte im Zeitverlauf (GKV, 2010 bis 2016).	10
Abbildung 3: Entwicklung des Umsatzes je 1000 GKV-Versicherte im Zeitverlauf (GKV, 2010 bis 2016)	11
Abbildung 4: Anteil an Umsatz und Verordnungen je GKV-Versicherter (GKV, 2016)	11
Abbildung 5: Anteil der Leistungsbereiche am Umsatz- und Verordnungsgeschehen (GKV, 2016)	12
Abbildung 6: Verordnete Leistungen je 1000 Versicherte nach Leistungsbereichen (AOK, 2006 bis 2016)	12
Abbildung 7: Behandlungen und Umsatz nach Regionen (GKV, 2016)	13
Abbildung 8: Heilmittelpatienten nach Alter und Geschlecht (AOK, 2016)	15
Abbildung 9: Patienten nach Alter und Leistungsbereichen (AOK, 2016)	15
Abbildung 10: Regionale Unterschiede bei ergotherapeutischen Behandlungen und Kosten (GKV, 2016).	17
Abbildung 11: Verordnungen und Patienten nach Facharztgruppen (AOK, 2016)	18
Abbildung 12: Ergotherapeutische Patienten nach Alter und Geschlecht (AOK, 2016)	18
Abbildung 13: Ergotherapeutische Maßnahmen (AOK, 2016)	19
Abbildung 14: Die häufigsten Diagnose-Maßnahme-Kombinationen der Ergotherapie (AOK, 2016)	21
Abbildung 15: Regionale Unterschiede bei sprachtherapeutischen Behandlungen und Kosten (GKV, 2016)	22
Abbildung 16: Sprachtherapeutische Verordnungen und Patienten nach Facharztgruppen (AOK, 2016)	22
Abbildung 17: Sprachtherapeutische Patienten nach Alter und Geschlecht (AOK, 2016)	24
Abbildung 18: Regionale Unterschiede bei physiotherapeutischen Behandlungen und Kosten (GKV, 2016)	24
Abbildung 19: Physiotherapeutische Verordnungen und Patienten nach Facharztgruppen (AOK, 2016)	25
Abbildung 20: Physiotherapeutische Patienten nach Alter und Geschlecht (AOK, 2016).	25
Abbildung 21: Physiotherapeutische Patienten und Leistungen bei M50-M54 Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (AOK, 2016)	26
Abbildung 22: Physiotherapeutische Maßnahmen, Verordnungen und Umsatz (AOK, 2016)	28
Abbildung 23: Die häufigsten physiotherapeutischen Diagnose-Maßnahme-Kombinationen (AOK, 2016)	29
Abbildung 24: Regionale Unterschiede bei podologischen Behandlungen und Kosten (GKV, 2016)	30
Abbildung 25: Podologische Verordnungen und Patienten nach Facharztgruppen (AOK, 2016)	30
Abbildung 26: Podologische Patienten nach Alter und Geschlecht (AOK, 2016).	31
Abbildung 27: Patienten bis 14 Jahre nach Leistungsbereichen (AOK, 2016)	32
Abbildung 28: Regionale Unterschiede in der Patientenrate bei Kindern bis 14 Jahre (AOK, 2016)	34
Abbildung 29: Die häufigsten Diagnosen bei Kindern bis 14 Jahre (AOK, 2016)	34
Abbildung 30: Die häufigsten Maßnahmen bei Kindern bis 14 Jahre (AOK, 2016).	35
Abbildung 31: Die häufigsten Diagnosen bei Patienten ab 60 Jahre (AOK, 2016).	38
Abbildung 32: Die häufigsten Maßnahmen bei Patienten ab 60 Jahre (AOK, 2016)	39

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Die Heilmitteltherapien nach Facharztgruppen (AOK, 2016)	13
Tabelle 2: Leistungserbringer im Zeitverlauf (AOK 2007 bis 2016)	14
Tabelle 3: Patientenrate nach Leistungsbereichen in Prozent (AOK, 2016).	16
Tabelle 4: Die häufigsten Diagnosen bei ergotherapeutischen Verordnungen (AOK, 2016)	20
Tabelle 5: Die häufigsten Diagnosen bei sprachtherapeutischen Verordnungen (AOK, 2016).	23
Tabelle 6: Die häufigsten Diagnosen bei physiotherapeutischen Verordnungen (AOK, 2016).	27
Tabelle 7: Die 10 häufigsten physiotherapeutische Maßnahmen im Überblick (AOK, 2016).	28
Tabelle 8: Leistungen je 1000 Kinder bis 14 Jahre nach Leistungsbereichen (AOK, 2016)	33
Tabelle 9: Patientenrate bei sechsjährigen Versicherten im Zeitverlauf (AOK 2008 bis 2016)	33
Tabelle 10: Versicherte und Heilmittel-Patienten im Altersgruppenvergleich (AOK, 2016).	36
Tabelle 11: Versicherte und Heilmittelleistungen im Altersgruppenvergleich (AOK, 2016).	36

Impressum

Die vorliegende Publikation ist ein Beitrag des
Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO).
Internet: <http://www.wido.de>

Berlin, Dezember 2017

Kontakt:

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

Andrea Waltersbacher
Telefon: 030 34646-2393
Telefax: 030 34646-2144
E-Mail: andrea.waltersbacher@wido.bv.aok.de

AOK-Bundesverband GbR
Vorsitzender des Geschäftsführenden Vorstandes
Martin Litsch

Stellvertretender Vorsitzender des
Geschäftsführenden Vorstandes
Jens Martin Hoyer

Vorsitzende des Aufsichtsrates
Dr. Volker Hansen, Fritz Schösser
(im jährlichen Wechsel)

Datenverarbeitung unter Mitwirkung von
Dr. Hans-Walter Krüger
Satz: Robinson Zuñiga
Redaktionelle Bearbeitung: Susanne Sollmann
Titelfoto: AOK-Mediendienst

Produktion:
KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG

