

Journal of Health Monitoring · 2018 3(4)  
DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-090  
Robert Koch-Institut, Berlin

Alexander Rommel, Birte Hintzpeter,  
Dominika Urbanski

Robert Koch-Institut, Berlin  
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheits-  
monitoring, Berlin

Eingereicht: 28.08.2018  
Akzeptiert: 17.10.2018  
Veröffentlicht: 12.12.2018

# Inanspruchnahme von Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends

## Abstract

Heilmittel wie Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie tragen dazu bei, gesundheitliche Störungen im Kindes- und Jugendalter frühzeitig zu beheben und eine gesunde Entwicklung der Heranwachsenden sicherzustellen. Der Beitrag beschreibt die Inanspruchnahme von Heilmitteln bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland und analysiert Zusammenhänge mit demografischen und sozialen Faktoren. Die Auswertungen erfolgen auf Basis der zweiten Folgerhebung der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS Welle 2, 2014–2017) mit 15.023 Teilnehmenden. Trends werden im Vergleich zur KiGGS-Basiserhebung (2003–2006) berechnet. Innerhalb eines Jahres nehmen in Deutschland 9,6% der Kinder und Jugendlichen Physiotherapie, 6,1% Logopädie und 4,0% Ergotherapie in Anspruch. Logopädie und Ergotherapie werden von Jungen häufiger genutzt als von Mädchen. Die Inanspruchnahme von Logopädie fällt bei den 3- bis 6-Jährigen mit 15,0% am höchsten aus. Ergotherapie kommt mit 8,3% am häufigsten bei 7- bis 10-Jährigen und Physiotherapie mit 16,9% bei 14- bis 17-Jährigen zur Anwendung. Soziale Unterschiede bestehen vor allem im Sinne einer höheren Inanspruchnahme von Ergotherapie und Logopädie und einer geringeren Inanspruchnahme von Physiotherapie bei sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen. In den letzten zehn Jahren hat die Inanspruchnahme von Logopädie und Physiotherapie bei Heranwachsenden deutlich zugenommen.

◆ PHYSIOTHERAPIE · LOGOPÄDIE · ERGOTHERAPIE · GESUNDHEITSMONITORING · KIGGS

## 1. Einleitung

Das Gesundheitswesen steht in den kommenden Jahren vor großen Herausforderungen, die nicht nur zu einer quantitativen Ausweitung des Versorgungsbedarfs insgesamt, sondern auch zu qualitativ veränderten Anforderungen führen. Auch im Heilmittelbereich ist eine

zunehmende Komplexität des Versorgungsauftrags in der Beratung und der Patientenedukation sowie im therapeutischen Handeln zu verzeichnen [1]. Als Heilmittel werden vornehmlich ergotherapeutische, logopädische und physiotherapeutische Leistungen verstanden, die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung mit den Krankenkassen abgerechnet werden können. Im Jahr

## KiGGS Welle 2

Zweite Folgerhebung der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland

**Datenhalter:** Robert Koch-Institut

**Ziele:** Bereitstellung zuverlässiger Informationen über Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten, Lebensbedingungen, Schutz- und Risikofaktoren und gesundheitliche Versorgung der in Deutschland lebenden Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit der Möglichkeit von Trend- und Längsschnittdaten

**Studiendesign:** Kombinierte Querschnitt- und Kohortenstudie

### Querschnitt in KiGGS Welle 2

**Alter:** 0–17 Jahre

**Grundgesamtheit:** Kinder und Jugendliche mit ständigem Wohnsitz in Deutschland

**Stichprobenziehung:** Einwohnermeldeamt-Stichproben – Einladung zufällig ausgewählter Kinder und Jugendlicher aus den 167 Städten und Gemeinden der KiGGS-Basiserhebung

**Stichprobenumfang:** 15.023 Teilnehmende

### KiGGS-Kohorte in KiGGS Welle 2

**Alter:** 10–31 Jahre

**Stichprobengewinnung:** Erneute Einladung aller wiederbefragungsbereiten Teilnehmenden der KiGGS-Basiserhebung

**Stichprobenumfang:** 10.853 Teilnehmende

### KiGGS-Erhebungswellen:

- ▶ KiGGS-Basiserhebung (2003–2006)  
Untersuchungs- und Befragungssurvey
- ▶ KiGGS Welle 1 (2009–2012)  
Befragungssurvey
- ▶ KiGGS Welle 2 (2014–2017)  
Untersuchungs- und Befragungssurvey

Mehr Informationen unter  
[www.kiggs-studie.de](http://www.kiggs-studie.de)

2016 entfielen bei steigender Tendenz mit 6,5 Milliarden Euro 2,9 % der Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenkassen auf Heilmittel [2]. Im Unterschied zu anderen spezialisierten Leistungen, die bei altersassoziierten Erkrankungen erst im höheren Lebensalter zum Einsatz kommen, spielen Heilmittel bereits im Versorgungsgeschehen von Kindern und Jugendlichen eine zentrale Rolle [2–6].

Ergotherapie unterstützt und begleitet Menschen, die aufgrund von Störungen im Bereich der Motorik, der Wahrnehmung durch die Sinnesorgane sowie der geistigen und psychischen Fähigkeiten in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt oder von Einschränkung bedroht sind [7]. Bei Kindern und Jugendlichen sind motorische Störungen, aber auch psychische Auffälligkeiten typische Indikationen. Zu den Maßnahmen gehören Behandlungen zur Verbesserung der Grob- und Feinmotorik, aber auch verhaltenstherapeutische Ansätze, Konzentrationsübungen oder das Training der Sozialkompetenz. Unter Logopädie versteht man die Fachdisziplin, die sich mit Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckbeeinträchtigungen beschäftigt [7]. Bei Kindern und Jugendlichen sind Störungen des Redeflusses (zum Beispiel Stottern) oder der Sprechmotorik (zum Beispiel Lispeln) häufige Indikationen. Zur Anwendung kommen unter anderem Übungen zur Verbesserung der Artikulation, der Atmung und Stimmgebung und des Sprechflusses wie auch Wortschatz-, Wortfindungs- und Grammatikübungen. Physiotherapie hat das Ziel, über spezifische Trainings und Bewegungsübungen, äußere Anwendungen (zum Beispiel Wärmebehandlungen) oder manuelle Therapie die Bewegungs- und Funktionsfähigkeit des menschlichen Körpers

wiederherzustellen, zu verbessern oder zu erhalten [7]. Bei Kindern und Jugendlichen überwiegen Indikationen im Bereich der Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes, zum Beispiel Fehlstellungen oder Skoliosen (Wirbelsäulenverkrümmungen). Bei Jugendlichen gewinnen Rückenschmerzen an Bedeutung [2, 4].

Physio-, Logo- und Ergotherapie enthalten Elemente von Beratung, Diagnostik und Therapie und kommen bei Kindern und Jugendlichen in den Versorgungsbereichen Prävention, Akutversorgung und Rehabilitation zum Einsatz. Daher haben Heilmittel Eingang in eine Vielzahl medizinischer Leitlinien gefunden, wie zur Diagnostik und Therapie von Redeflussstörungen [8], von umschriebenen Entwicklungsstörungen [9] oder von nicht-spezifischen Kreuzschmerzen [10]. Die Bedeutung der Heilmittel für die gesundheitliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen spiegelt sich in den Zahlen zur Inanspruchnahme wider. Nach Ergebnissen der Basiserhebung der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS-Basiserhebung, 2003–2006) nahmen von den 3- bis 13-Jährigen binnen eines Jahres 2,4 % Ergotherapie in Anspruch. Von den 0- bis 17-Jährigen nutzten 6,4 % physiotherapeutische Leistungen [5, 6]. Nach Angaben der Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) 2016 nahmen 9,8 % aller versicherten Mädchen und 13,8 % aller versicherten Jungen bis 14 Jahre Heilmittel in Anspruch. Auf Entwicklungsstörungen (Code F80–F89 der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, ICD-10) entfallen in diesem Alter mehr als die Hälfte der Verordnungen, auf Verhaltensstörungen (ICD-10 F90–F98) etwa 10 % [2].

Mit einem Anteil von etwa 48 % wurden sprachtherapeutische Maßnahmen am häufigsten bei AOK-versicherten Kindern und Jugendlichen bis 14 Jahre abgerechnet. Ergotherapie hatte einen Anteil von etwa 27 % und Physiotherapie von etwa 21 % [2]. Ebenso werden in dieser Gruppe AOK-Versicherter innerhalb eines Jahres häufig mehrere Heilmittel verordnet. So wurden logopädisch behandelte Heranwachsende mit Sprachentwicklungsstörungen häufig auch ergotherapeutisch versorgt [11].

Die Bedeutung der Heilmittel für die Versorgung schlägt sich auch in der gesundheitspolitischen Diskussion nieder. Seit 2008 kann nach § 63 SGBV (Sozialgesetzbuch Fünftes Buch) eine größere Autonomie der Leistungserbringer über die Therapieentscheidungen erprobt werden. Durch das Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung sind die gesetzlichen Krankenkassen seit 2017 zu entsprechenden Modellvorhaben verpflichtet. Bei einer so genannten Blankoverordnung kann die Ärztin oder der Arzt ein Heilmittel verordnen und die Therapeutinnen und Therapeuten wählen die geeignete Behandlung (§ 64d SGBV). Eine Umsetzung in die Regelversorgung zeichnet sich bereits ab [12]. Zudem hat der Wissenschaftsrat schon 2012 eine stärkere Akademisierung der Gesundheitsfachberufe und den Ausbau der Versorgungsforschung im Bereich der Heilmittelversorgung gefordert [1]. Ähnlich unterstützt der aktuelle Bericht des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen am Beispiel Rückenschmerz eine weitere Aufwertung der Physiotherapie im Rahmen interdisziplinärer Behandlungsansätze unter der Voraussetzung einer stärkeren Evidenzbasierung und Akademisierung [13]. Wichtig

erscheint es vor diesem Hintergrund, die Transparenz über das Versorgungsgeschehen im Bereich der Heilmittelleistungen zu verbessern [3, 4, 14].

Der vorliegende Beitrag trägt dazu bei, indem die Heilmittelversorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland auf Basis der Daten der zweiten Folgerhebung der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS Welle 2, 2014–2017) eingehend analysiert wird. Neben der Darstellung der Häufigkeit der Inanspruchnahme sollen auch zeitliche Entwicklungen (Trends) aufgezeigt werden. Darüber hinaus wird untersucht, welche Zusammenhänge es zwischen der Nutzung von Heilmitteln und sozialen Faktoren gibt. Frühere Studien haben nahegelegt, dass auch bei einem vorliegenden medizinischen Behandlungsbedarf soziale Unterschiede in der Nutzung von Heilmitteln bestehen [5, 6, 15]. Es wird somit der Frage nachgegangen, ob im Bedarfsfall alle sozialen Gruppen gleichermaßen von Heilmittelbehandlungen profitieren.

## 2. Methode

### 2.1 Stichprobendesign und Studiendurchführung

KiGGS ist Bestandteil des Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut und beinhaltet unter anderem wiederholt durchgeführte, für Deutschland repräsentative Querschnitterhebungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren. Die Feldarbeit erstreckte sich jeweils über mehrere Jahre. Die KiGGS-Basiserhebung wurde von 2003–2006 als Untersuchungs- und Befragungssurvey durchgeführt. KiGGS Welle 2 fand von 2014 bis 2017 als kombinierter Untersuchungs- und

Befragungssurvey statt. Konzept und Design von KiGGS sind an anderer Stelle ausführlich beschrieben [16–19]. Die Einzuladenden wurden in 167 für die Bundesrepublik repräsentativen Städten und Gemeinden, die bereits für die Basiserhebung ausgewählt worden waren, zufällig aus den Melderegistern gezogen. Eine Vielzahl von Maßnahmen wurde eingesetzt, um eine hohe Teilnehmerszahl sowie eine Zusammensetzung der Stichprobe zu erreichen, die der Zusammensetzung der Bevölkerung möglichst gut entspricht. Insgesamt nahmen 15.023 Kinder und Jugendliche (7.538 Mädchen, 7.485 Jungen) an KiGGS Welle 2 teil (Responsequote 40,1%). Die Responsequote wurde in Anlehnung an die Response Rate 2 der American Association for Public Opinion Research (AAPOR) berechnet [20]. An der KiGGS-Basiserhebung haben sich 17.641 Mädchen und Jungen im Alter von 0 bis 17 Jahren bei einer Responsequote von 66,6% beteiligt [18].

## 2.2 Indikatoren

Die Indikatoren zur Heilmittelinanspruchnahme wurden in KiGGS Welle 2 durch die Selbstangaben der Befragten (bei 11- bis 17-Jährigen) beziehungsweise ihrer Sorgeberechtigten (bei 0- bis 10-Jährigen) in einem schriftlich ausgefüllten Fragebogen erfasst. Darin wurde die Frage gestellt „Welche der nachfolgenden Therapeuten/Therapeutinnen haben Sie für Ihr Kind/hast du in den letzten 12 Monaten in Anspruch genommen und wie häufig?“ Im Bereich Heilmittel lauteten die Antwortvorgaben „Krankengymnast, Physiotherapeut“, „Logopäde, Sprachtherapeut“ oder „Ergotherapeut“. In der

KiGGS-Basiserhebung wurde die Inanspruchnahme von Ergotherapeutinnen und -therapeuten nicht explizit erfragt, sondern nur über zusätzliche Freitextangaben erfasst, sodass Trends in der Nutzung der betreffenden Leistungen nicht dargestellt werden können.

Als soziodemografische Einflussfaktoren wurden neben Alter und Geschlecht der sozioökonomische Status (SES) sowie der Migrationshintergrund der Kinder und Jugendlichen berücksichtigt. Der SES der Herkunftsfamilie wurde anhand eines mehrdimensionalen SES-Indexes bestimmt, in den Fragebogenangaben der Eltern zu ihrer schulischen und beruflichen Ausbildung, ihrer beruflichen Stellung und zu ihrem Haushaltsnettoeinkommen (bedarfsgewichtet) eingehen. Der SES erlaubt eine Einteilung in eine niedrige, mittlere und hohe Statusgruppe [21]. Der Migrationshintergrund der Teilnehmenden wurde wie in den vorherigen KiGGS-Wellen anhand des Geburtslandes des Kindes beziehungsweise Jugendlichen und seiner Eltern sowie der Staatsangehörigkeit der Eltern gebildet [22]. Ein Migrationshintergrund liegt vor, wenn ein oder beide Elternteile nicht in Deutschland geboren sind oder eine nichtdeutsche Staatsangehörigkeit besitzen. Wenn das Kind selbst aus einem anderen Land zugewandert ist, wird ein Migrationshintergrund zugewiesen, wenn auch mindestens ein Elternteil nicht in Deutschland geboren ist.

Als Indikatoren für den medizinischen Bedarf, der einer Heilmittelverordnung zugrunde liegen kann, eignen sich weniger einzelne Erkrankungen, sondern umfassende Indikatoren gesundheitlicher Problemlagen, die in der KiGGS-Studie erfasst wurden. Berücksichtigt wurde eine amtlich anerkannte Behinderung, das Vor-

liegen psychischer Auffälligkeiten oder einer chronischen Erkrankung, sowie generell gesundheitsbezogene Einschränkungen und ärztlich behandelte Verletzungen in den letzten 12 Monaten. Eine amtlich anerkannte Behinderung wurde erfasst, indem den Sorgeberechtigten die Frage gestellt wurde „Hat Ihr Kind eine vom Versorgungsamt amtlich anerkannte Behinderung?“ Der Indikator psychische Auffälligkeiten wurde anhand der Elternangaben des Stärken-und-Schwächen-Fragebogens (Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ) für 3- bis 17-jährige Kinder und Jugendliche abgebildet. Die Ergebnisse werden in die drei Kategorien psychisch auffällig, grenzwertig und unauffällig eingeordnet [23]. Außerdem wurde, angelehnt an das auf EU-Ebene standardisierte Instrument des Minimum European Health Module (MEHM) [24], den Sorgeberechtigten die Frage gestellt „Hat Ihr Kind eine oder mehrere lang andauernde, chronische Krankheiten oder Gesundheitsprobleme?“ Darüber hinaus wurden gesundheitliche Einschränkungen über den so genannten Children with Special Health Care Needs (CSHCN-) Screener erfasst, der entwickelt wurde, um Kinder mit besonderem Versorgungsbedarf zu identifizieren [25]. Hierzu wurden drei Fragen zu einem dichotomen Maß gesundheitsbedingter Einschränkungen im alltäglichen Leben zusammengeführt. Schlussendlich wurden ärztlich behandelte Verletzungen erfasst, indem den Sorgeberechtigten die Frage gestellt wurde „Wurde Ihr Kind in den letzten 12 Monaten wegen einer Verletzung (zum Beispiel durch Unfall, Vergiftung oder Gewalt) von einem Arzt behandelt?“

### 2.3 Statistische Methoden

Die Analysen basieren auf Daten von 13.692 Teilnehmenden (6.910 Mädchen, 6.782 Jungen) im Alter von 0 bis 17 Jahren. 1.331 Teilnehmende mussten wegen fehlender Angaben zur Inanspruchnahme von Heilmitteln (Physiotherapie, Logopädie und/oder Ergotherapie in den letzten 12 Monaten) ausgeschlossen werden. Die Ergebnisse werden stratifiziert nach Geschlecht, Alter und SES anhand von Prävalenzen mit 95%-Konfidenzintervallen (95%-KI) dargestellt. Die Berechnungen wurden mit einem Gewichtungsfaktor durchgeführt, der Abweichungen der Stichprobe von der Bevölkerungsstruktur hinsichtlich regionaler Struktur (Stadt/Land), Alter (in Jahren), Geschlecht, Bundesland (offizielle Bevölkerungszahlen Stand 31.12.2015), deutscher Staatsangehörigkeit (Stand 31.12.2014) sowie Bildung der Eltern nach der Klassifikation Comparative Analysis of Social Mobility in Industrial Nations (CASMIN) (Mikrozensus 2013 [26]) korrigiert.

Zur Durchführung von Trendanalysen standen für die KiGGS-Basierhebung für die Variable der Inanspruchnahme von Logopädie Daten für 31.026 Teilnehmende (15.411 Mädchen, 15.615 Jungen) zur Verfügung. Für die Variable der Inanspruchnahme von Physiotherapie war dies für 31.025 Teilnehmende (15.410 Mädchen, 15.615 Jungen) der Fall. 1.637 Teilnehmende mussten wegen fehlender Angaben zur Inanspruchnahme von Logopädie und 1.638 Teilnehmende aufgrund fehlender Angaben zur Inanspruchnahme von Physiotherapie ausgeschlossen werden. Trendanalysen zur Inanspruchnahme von Ergotherapie können nicht berichtet werden, da diese in

**Binnen eines Jahres werden 9,6% der 0- bis 17-Jährigen physiotherapeutisch behandelt. Logopädie (6,1%) und Ergotherapie (4,0%) werden seltener in Anspruch genommen.**

der KiGGS-Basiserhebung nur über Freitextangaben und damit nicht vergleichbar mit der Erhebung in KiGGS Welle 2 erfragt wurde. Für die Beschreibung von Trends zwischen der KiGGS-Basiserhebung und KiGGS Welle 2 wurden auf den Bevölkerungsstand vom 31.12.2015 altersstandardisierte Prävalenzen zu den beiden Erhebungszeitpunkten berechnet. Dabei wurde für die Daten der KiGGS-Basiserhebung ein neuer Gewichtungsfaktor verwendet, der – zusätzlich zu den Merkmalen, die in die ursprüngliche Gewichtung eingingen – wie in KiGGS Welle 1 und KiGGS Welle 2 auch die elterliche Bildung und das Bundesland berücksichtigt.

Zur Bewertung des Einflusses der soziodemografischen Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme von Heilmitteln wurden binär-logistische Regressionen berechnet. Dabei werden die Indikatoren des medizinischen Bedarfs – amtlich anerkannte Behinderung, psychische Auffälligkeiten, chronische Erkrankung, gesundheitsbezogene Einschränkungen und ärztlich behandelte Verletzungen – als Kontrollvariablen verwendet. Adjustierte Odds Ratios (aOR) mit 95%-Konfidenzintervallen bringen zum Ausdruck, um welchen Faktor die statistische Chance einer Inanspruchnahme in einer betrachteten Gruppe (zum Beispiel niedriger SES) im Verhältnis zur jeweiligen Referenzgruppe (zum Beispiel hoher SES) abweicht. Je nach verwendetem Indikator mussten unterschiedlich viele Teilnehmende wegen fehlender Angaben aus den Analysen ausgeschlossen werden.

Alle Analysen wurden mit Stata 15.1 (Stata Corp., College Station, TX, USA, 2017) unter Verwendung der Datensätze KiGGS Welle 2 (Version 09) und KiGGS Basiserhebung (Version 25) durchgeführt. Um die

Clusterung der Teilnehmenden innerhalb der Untersuchungsorte und die Gewichtung bei der Berechnung von Konfidenzintervallen und p-Werten angemessen zu berücksichtigen, wurden in allen Analysen Stata-Survey-Kommandos verwendet [27]. Es wird von einem statistisch signifikanten Unterschied zwischen Gruppen ausgegangen, wenn der entsprechende p-Wert kleiner als 0,05 ist.

### 3. Ergebnisse

Insgesamt nehmen 9,6% der Kinder und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren innerhalb eines Jahres physiotherapeutische Leistungen in Anspruch. Die Inanspruchnahme von Logopädie liegt mit 6,1% im gleichen Zeitraum etwas niedriger, für Ergotherapie beträgt sie 4,0%. Während es bei der Inanspruchnahme von Physiotherapie über alle Altersgruppen betrachtet keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern gibt, zeigen sich signifikante Unterschiede im Inanspruchnahmeverhalten zwischen Mädchen und Jungen in den Bereichen Logopädie und Ergotherapie. Mädchen nehmen mit 4,9% deutlich seltener Logopädie in Anspruch als Jungen mit 7,1%. Dies gilt bei einer Inanspruchnahme von 2,7% bei den Mädchen und 5,4% bei den Jungen auch für die Ergotherapie. Ein kleiner Teil der mit Heilmitteln behandelten Kinder und Jugendlichen nimmt zudem mehr als eine Therapie binnen eines Jahres in Anspruch. Auch hier liegt die Inanspruchnahme bei Jungen höher: Insgesamt 1,6% der Mädchen und 2,1% der Jungen haben zwei oder sogar alle drei Heilmittel in Anspruch genommen. Vor allem Ergotherapie und Logopädie

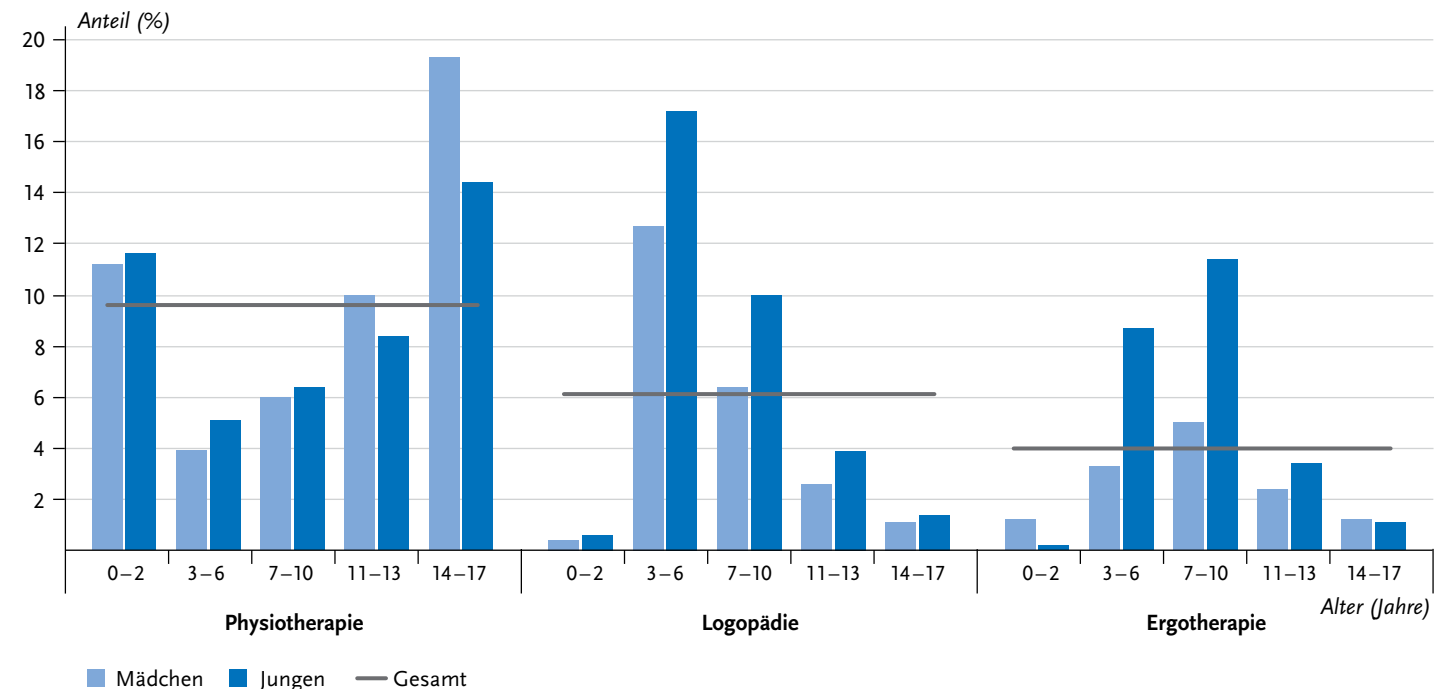
## Insbesondere Logopädie und Ergotherapie werden von Jungen häufiger in Anspruch genommen als von Mädchen.

werden in diesen Fällen verhältnismäßig häufig kombiniert. So erhalten 18,3% der Kinder und Jugendlichen mit Logopädie auch ergotherapeutische Leistungen.

Obwohl Jungen deutlich häufiger logopädisch und ergotherapeutisch behandelt werden, ist im Falle einer Behandlung die Kontakthäufigkeit bei ihnen etwas geringer. So haben Mädchen, die sich in logopädischer Behandlung befinden, ihre Therapeutin beziehungsweise ihren Therapeuten im Mittel 18,0 mal und Jungen 16,7 mal aufgesucht. Ähnlich nehmen Mädchen in ergotherapeutischer Behandlung binnen eines Jahres im Mittel 23,6 mal entsprechende Leistungen in Anspruch, während die Kontakthäufigkeit bei den Jungen bei 18,9 mal liegt. Geringere Unterschiede zeigen sich für die Inan-

spruchnahme einer Physiotherapie mit 13,9 Kontakten bei den Mädchen und 11,6 Kontakten bei den Jungen (Daten nicht gezeigt).

Bei Betrachtung nach Alter wird deutlich, dass sich die Inanspruchnahme je nach Art des Heilmittels in sehr unterschiedlichen Altersgruppen konzentriert. Bei der Physiotherapie ist im Alter von 0 bis 2 Jahren eine hohe Inanspruchnahme zu verzeichnen. Bei den 3- bis 7-jährigen ist diese deutlich geringer und steigt im weiteren Verlauf wieder an. Ihren Höhepunkt erreicht die Inanspruchnahme von Physiotherapie in der Altersgruppe der 14- bis 17-jährigen mit insgesamt 16,9%: In diesem Alter nehmen 19,3% der Mädchen und 14,4% der Jungen physiotherapeutische Leistungen in Anspruch.



**Abbildung 1**  
Inanspruchnahme von Heilmitteln  
in den letzten 12 Monaten bei 0- bis 17-jährigen  
nach Geschlecht und Alter  
(n=6.910 Mädchen, n=6.782 Jungen)  
Quelle: KiGGS Welle 2 (2014–2017)

**Die höchste Inanspruchnahme findet sich für Logopädie bei 3- bis 6-Jährigen (15,0%), für Ergotherapie bei 7- bis 10-Jährigen (8,3%) und für Physiotherapie bei 14- bis 17-Jährigen (16,9%).**

Markante Geschlechterunterschiede bilden sich bei der Physiotherapie also erst in höheren Altersgruppen heraus ([Abbildung 1](#)).

Demgegenüber werden logopädische und ergotherapeutische Leistungen vor allem im Vorschul- und Grundschulalter genutzt. Dabei treten die Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen auch bei der Logopädie besonders in den Altersgruppen mit der höchsten Inanspruchnahme zutage. Im Alter von 3 bis 6 Jahren ist der Anteil an logopädisch behandelten Kindern mit 15,0% am höchsten. 12,7% der Mädchen und 17,2% der Jungen dieses Alters begeben sich binnen eines Jahres in logopädische Behandlung. Mit dem Alter geht dieser Anteil dann stark zurück. Während die Inanspruchnahme der Logopädie bereits vor dem Schuleintritt ihren Höhepunkt erreicht, gilt das für die Nutzung der Ergotherapie erst ab dem Schulalter. Hier ist die Inanspruchnahme im Alter von 7 bis 10 Jahren mit 8,3% am höchsten. 5,0% der Mädchen und 11,4% der Jungen dieses Alters werden innerhalb von 12 Monaten ergotherapeutisch behandelt ([Abbildung 1](#) und [Tabelle 1](#)).

In Bezug auf den sozioökonomischen Status zeigen sich kaum Unterschiede in der Inanspruchnahme von Heilmitteln. Einzige Ausnahme ist die Ergotherapie bei den Mädchen, die in der unteren Statusgruppe häufiger genutzt wird als in der mittleren und oberen Statusgruppe. Ähnlich zeigen sich auf deskriptiver Ebene keine ausgeprägten Unterschiede in der Inanspruchnahme von Heilmitteln zwischen Kindern und Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund ([Tabelle 1](#)).

Betrachtet man die Inanspruchnahme von Heilmitteln nach den Indikatoren für den medizinischen Bedarf,

so zeigen sich teilweise deutliche Unterschiede. Am häufigsten werden alle drei Therapien von Kindern und Jugendlichen mit einer amtlich anerkannten Behinderung in Anspruch genommen. Auch gesundheitsbezogene Einschränkungen führen zu einer deutlich erhöhten Heilmittelinanspruchnahme. Demgegenüber zeigen psychische Auffälligkeiten, das Vorliegen chronischer Erkrankungen und ärztlich versorgte Verletzungen weniger stark ausgeprägte Zusammenhänge mit der Nutzung der einzelnen Heilmittel ([Tabelle 2](#)). Verletzungen sind vor allem mit der Inanspruchnahme von Physiotherapie assoziiert. Statistisch belastbare Unterschiede zwischen den Geschlechtern zeigen sich in Bezug auf den Zusammenhang zwischen den Indikatoren des medizinischen Bedarfs und der Inanspruchnahme von Heilmitteln nicht (Daten nicht gezeigt).

Die Angaben zur Inanspruchnahme von Physiotherapie und Logopädie wurden sowohl in der KiGGS-Basiserhebung als auch in KiGGS Welle 2 vergleichbar erhoben und erlauben somit Tendaussagen über diese beiden Zeitpunkte. Zwischen den Erhebungszeiträumen 2003 bis 2006 und 2014 bis 2017 zeigt sich bei beiden Geschlechtern ein signifikanter Anstieg in der Inanspruchnahme sowohl von physiotherapeutischen als auch von logopädischen Leistungen ([Abbildung 2](#)). Während 6,0% der Mädchen und 6,1% der Jungen im Zeitraum der KiGGS-Basiserhebung physiotherapeutisch behandelt wurden, sind es in KiGGS Welle 2 bereits 10,1% der Mädchen und 9,1% der Jungen. In der Nutzung logopädischer Leistungen fand zwischen den beiden KiGGS-Erhebungen ein Anstieg von 3,2% auf 4,9% bei den Mädchen und von 4,7% auf 7,1% bei den Jun-



**Tabelle 1**  
**Inanspruchnahme von Heilmitteln**  
**in den letzten 12 Monaten bei 0- bis 17-jährigen**  
**nach Geschlecht, Alter, sozioökonomischem**  
**Status und Migrationshintergrund**  
**(n=6.910 Mädchen, n=6.782 Jungen)**  
 Quelle: KiGGS Welle 2 (2014–2017)

|                                    | Physiotherapie |                   | Logopädie  |                  | Ergotherapie |                  |
|------------------------------------|----------------|-------------------|------------|------------------|--------------|------------------|
|                                    | %              | (95 %-KI)         | %          | (95 %-KI)        | %            | (95 %-KI)        |
| <b>Mädchen (gesamt)</b>            | <b>10,1</b>    | <b>(9,1–11,2)</b> | <b>4,9</b> | <b>(4,3–5,7)</b> | <b>2,7</b>   | <b>(2,2–3,3)</b> |
| <b>Altersgruppe</b>                |                |                   |            |                  |              |                  |
| 0–2 Jahre                          | 11,2           | (8,6–14,5)        | 0,4        | (0,1–1,2)        | 1,2          | (0,4–3,6)        |
| 3–6 Jahre                          | 3,9            | (2,7–5,8)         | 12,7       | (10,5–15,1)      | 3,3          | (2,2–4,9)        |
| 7–10 Jahre                         | 6,0            | (4,6–7,8)         | 6,4        | (4,9–8,4)        | 5,0          | (3,8–6,6)        |
| 11–13 Jahre                        | 10,0           | (8,1–12,2)        | 2,6        | (1,9–3,6)        | 2,4          | (1,6–3,6)        |
| 14–17 Jahre                        | 19,3           | (16,8–22,0)       | 1,1        | (0,5–2,1)        | 1,2          | (0,6–2,2)        |
| <b>Sozioökonomischer Status</b>    |                |                   |            |                  |              |                  |
| Niedrig                            | 9,7            | (7,2–13,0)        | 5,6        | (3,7–8,5)        | 4,5          | (3,0–6,9)        |
| Mittel                             | 10,6           | (9,3–12,0)        | 5,1        | (4,2–6,1)        | 2,7          | (2,1–3,3)        |
| Hoch                               | 9,0            | (7,6–10,7)        | 3,8        | (2,9–5,1)        | 1,2          | (0,7–2,0)        |
| <b>Migrationshintergrund</b>       |                |                   |            |                  |              |                  |
| Ja                                 | 7,5            | (5,7–9,8)         | 4,7        | (3,6–6,1)        | 2,0          | (1,2–3,2)        |
| Nein                               | 11,2           | (10,0–12,5)       | 5,0        | (4,2–5,8)        | 3,0          | (2,4–3,7)        |
| <b>Jungen (gesamt)</b>             | <b>9,1</b>     | <b>(8,2–10,0)</b> | <b>7,1</b> | <b>(6,4–8,0)</b> | <b>5,4</b>   | <b>(4,6–6,2)</b> |
| <b>Altersgruppe</b>                |                |                   |            |                  |              |                  |
| 0–2 Jahre                          | 11,6           | (8,7–15,3)        | 0,6        | (0,2–1,6)        | 0,2          | (0,1–0,6)        |
| 3–6 Jahre                          | 5,1            | (3,9–6,8)         | 17,2       | (14,8–19,8)      | 8,7          | (6,7–11,2)       |
| 7–10 Jahre                         | 6,4            | (5,1–7,9)         | 10,0       | (8,2–12,2)       | 11,4         | (9,6–13,6)       |
| 11–13 Jahre                        | 8,4            | (6,7–10,5)        | 3,9        | (2,9–5,3)        | 3,4          | (2,4–4,9)        |
| 14–17 Jahre                        | 14,4           | (12,4–16,8)       | 1,4        | (0,7–2,5)        | 1,1          | (0,5–2,3)        |
| <b>Sozioökonomischer Status</b>    |                |                   |            |                  |              |                  |
| Niedrig                            | 6,6            | (4,9–8,9)         | 9,3        | (7,0–12,2)       | 6,6          | (4,8–8,9)        |
| Mittel                             | 9,6            | (8,4–11,0)        | 7,0        | (6,1–8,0)        | 5,5          | (4,6–6,5)        |
| Hoch                               | 9,1            | (7,7–10,8)        | 5,5        | (4,5–6,7)        | 3,9          | (3,0–5,0)        |
| <b>Migrationshintergrund</b>       |                |                   |            |                  |              |                  |
| Ja                                 | 6,0            | (4,5–8,0)         | 6,9        | (5,1–9,1)        | 5,2          | (3,6–7,3)        |
| Nein                               | 10,0           | (9,0–11,2)        | 7,2        | (6,4–8,1)        | 5,4          | (4,7–6,2)        |
| <b>Mädchen und Jungen (gesamt)</b> | <b>9,6</b>     | <b>(8,9–10,3)</b> | <b>6,1</b> | <b>(5,5–6,6)</b> | <b>4,0</b>   | <b>(3,6–4,6)</b> |

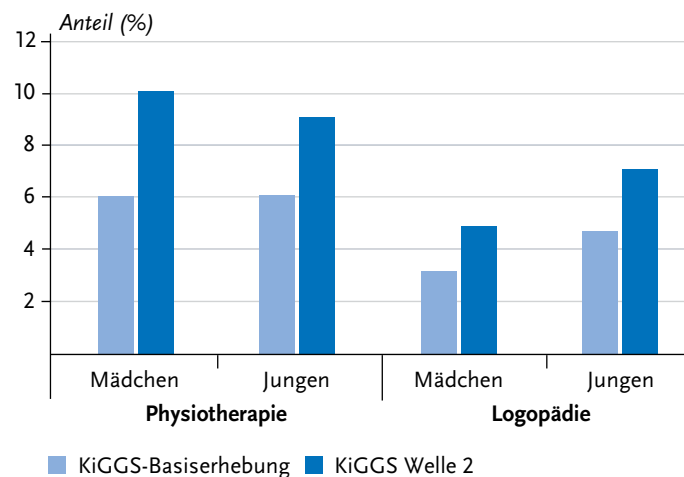
KI = Konfidenzintervall

**Tabelle 2**  
**Inanspruchnahme von Heilmitteln**  
**in den letzten 12 Monaten bei 0- bis 17-Jährigen**  
**nach Indikatoren des medizinischen Bedarfs**  
**(n=6.910 Mädchen, n=6.782 Jungen)**  
 Quelle: KiGGS Welle 2 (2014–2017)

|   | Physiotherapie |             | Logopädie |             | Ergotherapie |             |
|---|----------------|-------------|-----------|-------------|--------------|-------------|
|   | %              | (95 %-KI)   | %         | (95 %-KI)   | %            | (95 %-KI)   |
| <b>Amtlich anerkannte Behinderung (n=13.552)</b>                      |                |             |           |             |              |             |
| Ja  | 44,7           | (35,4–54,4) | 31,7      | (23,2–41,8) | 29,9         | (21,8–39,6) |
| Nein  | 8,9            | (8,2–9,7)   | 5,5       | (5,0–6,1)   | 3,6          | (3,2–4,1)   |
| <b>Gesundheitsbezogene Einschränkungen (n=13.497)</b>                 |                |             |           |             |              |             |
| Ja  | 36,8           | (31,7–42,3) | 19,2      | (15,1–24,1) | 22,2         | (17,7–27,4) |
| Nein  | 8,4            | (7,7–9,2)   | 5,4       | (4,9–6,0)   | 3,3          | (2,8–3,7)   |
| <b>Psychische Auffälligkeiten (Teilnehmende ≥ 3 Jahre) (n=12.105)</b> |                |             |           |             |              |             |
| Unauffällig   | 8,7            | (8,1–9,5)   | 6,1       | (5,4–6,8)   | 3,0          | (2,6–3,4)   |
| Grenzwertig   | 11,4           | (8,7–14,8)  | 10,2      | (7,5–13,9)  | 10,5         | (8,1–13,5)  |
| Auffällig   | 12,0           | (9,6–14,8)  | 14,4      | (11,8–17,5) | 15,9         | (12,7–19,7) |
| <b>Chronische Krankheiten (n=13.539)</b>                              |                |             |           |             |              |             |
| Ja  | 20,0           | (17,2–23,2) | 10,1      | (8,0–12,8)  | 9,9          | (7,8–12,4)  |
| Nein  | 8,4            | (7,8–9,2)   | 5,6       | (5,1–6,2)   | 3,5          | (3,0–4,0)   |
| <b>Ärztlich behandelte Verletzung (n=13.579)</b>                      |                |             |           |             |              |             |
| Ja  | 14,9           | (13,2–16,9) | 6,0       | (4,8–7,4)   | 4,8          | (3,6–6,4)   |
| Nein  | 8,4            | (7,7–9,2)   | 6,1       | (5,5–6,8)   | 3,9          | (3,4–4,3)   |

KI = Konfidenzintervall

**Abbildung 2**  
**Trends der Inanspruchnahme von Heilmitteln**  
**in den letzten 12 Monaten bei 0- bis 17-Jährigen**  
**zwischen KiGGS-Basiserhebung**  
**(n=8.501 Mädchen, n=8.833 Jungen) und**  
**KiGGS Welle 2**  
**(n=6.910 Mädchen, n=6.782 Jungen)**  
 Quelle: KiGGS-Basiserhebung (2003–2006),  
 KiGGS Welle 2 (2014–2017)



gen statt (Abbildung 2).

Betrachtet man die zeitliche Entwicklung differenziert nach soziodemografischen Merkmalen, so zeigt sich bei beiden Therapieformen eine weitgehend einheitliche Zunahme in allen Altersgruppen sowie nach SES und Migrationshintergrund (Daten nicht gezeigt). Kein signifikanter Anstieg ist lediglich bei der Logopädie unter 0- bis 2-Jährigen festzustellen sowie bei Kindern und Jugendlichen mit hohem SES.

Die Ergebnisse der multivariaten Analyse zeigen, dass auch bei statistischer Kontrolle für Indikatoren des medizinischen Bedarfs Unterschiede nach Alter und Geschlecht, SES und Migrationshintergrund vorhanden sind (Tabelle 3). So zeigt die multivariate Analyse, dass Jungen signifikant seltener Physiotherapie, aber häufiger

**Tabelle 3**  
**Soziodemografische Unterschiede**  
**in der Inanspruchnahme von Heilmitteln**  
**in den letzten 12 Monaten bei 3- bis 17-Jährigen.**  
**Ergebnisse binär-logistischer Regressionen\***  
 (n=5.937 Mädchen, n=5.772 Jungen)  
 Quelle: KiGGS Welle 2 (2014–2017)

|                                 | Physiotherapie   |        | Logopädie          |        | Ergotherapie      |        |
|---------------------------------|------------------|--------|--------------------|--------|-------------------|--------|
|                                 | aOR (95 %-KI)    | p-Wert | aOR (95 %-KI)      | p-Wert | aOR (95 %-KI)     | p-Wert |
| <b>Geschlecht</b>               |                  |        |                    |        |                   |        |
| Jungen                          | 0,75 (0,64–0,88) | <0,001 | 1,43 (1,18–1,75)   | <0,001 | 1,94 (1,50–2,50)  | <0,001 |
| Mädchen                         | Ref.             |        | Ref.               |        | Ref.              |        |
| <b>Altersgruppe</b>             |                  |        |                    |        |                   |        |
| 3–6 Jahre                       | 0,23 (0,17–0,30) | <0,001 | 16,88 (9,33–28,99) | <0,001 | 5,92 (3,38–10,38) | <0,001 |
| 7–10 Jahre                      | 0,30 (0,24–0,39) | <0,001 | 7,67 (4,30–13,70)  | <0,001 | 7,53 (4,26–13,31) | <0,001 |
| 11–13 Jahre                     | 0,46 (0,36–0,58) | <0,001 | 2,86 (1,63–5,00)   | <0,001 | 2,38 (1,28–4,44)  | 0,007  |
| 14–17 Jahre                     | Ref.             |        | Ref.               |        | Ref.              |        |
| <b>Sozioökonomischer Status</b> |                  |        |                    |        |                   |        |
| Niedrig                         | 0,66 (0,59–0,88) | 0,005  | 1,76 (1,27–2,25)   | 0,001  | 1,84 (1,22–2,77)  | 0,004  |
| Mittel                          | 1,00 (0,84–1,19) | 0,987  | 1,31 (1,03–1,66)   | 0,031  | 1,49 (1,09–2,03)  | 0,013  |
| Hoch                            | Ref.             |        | Ref.               |        | Ref.              |        |
| <b>Migrationshintergrund</b>    |                  |        |                    |        |                   |        |
| Ja                              | 0,73 (0,58–0,93) | 0,010  | 0,84 (0,66–1,06)   | 0,140  | 0,79 (0,54–1,13)  | 0,195  |
| Nein                            | Ref.             |        | Ref.               |        | Ref.              |        |

\*alle Modelle kontrolliert für amtlich anerkannte Behinderung, psychische Auffälligkeiten, chronische Erkrankung, gesundheitsbezogene Einschränkungen und ärztlich behandelte Verletzungen  
 aOR=adjustierte Odds Ratios, KI=Konfidenzintervall, Ref.=Referenz

**In den letzten zehn Jahren hat die Inanspruchnahme von Logopädie und Physiotherapie bei Kindern und Jugendlichen deutlich zugenommen.**

Ergotherapie oder Logopädie nutzen. Auch ist die Inanspruchnahme von Physiotherapie in den letzten 12 Monaten in allen jüngeren Altersgruppen deutlich niedriger im Vergleich zur Referenzgruppe der 14- bis 17-Jährigen. Die Ergebnisse für Logopädie und Ergotherapie zeigen dagegen, dass die Inanspruchnahme in allen jüngeren Altersgruppen im Vergleich zur Altersgruppe 14 bis 17 Jahre deutlich erhöht ist. Zudem treten Unterschiede nach SES im multivariaten Modell deutlicher zutage als in der deskriptiven Analyse. Während die Inanspruchnahme von Logopädie und Ergotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit niedrigem und mittlerem SES im Vergleich zu Gleichaltrigen mit hohem SES erhöht ist, liegt die Inanspruchnahme von Physiotherapie insbesondere

bei Kindern und Jugendlichen mit niedrigem SES unter jener von Gleichaltrigen mit hohem SES. Dagegen zeigt sich bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund auch bei Kontrolle von Indikatoren des medizinischen Bedarfs eine einheitliche Tendenz in Richtung einer geringeren Heilmittelinanspruchnahme. Der Zusammenhang zwischen Migrationshintergrund und der Nutzung von Heilmitteln ist aber nur für die Inanspruchnahme von Physiotherapie statistisch signifikant.

#### 4. Diskussion

Heilmittel sind ein zentraler Bereich der Versorgung und leisten einen wichtigen Beitrag für die gesunde

## Kinder und Jugendliche mit niedrigem sozioökonomischen Status nehmen seltener Physiotherapie in Anspruch, aber häufiger Logopädie und Ergotherapie.

Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Insgesamt nehmen in Deutschland innerhalb eines Jahres 9,6 % der Kinder und Jugendlichen Physiotherapie, 6,1 % Logopädie und 4,0 % Ergotherapie in Anspruch. Logopädie und Ergotherapie werden generell von Jungen häufiger genutzt als von Mädchen. Bei der Physiotherapie zeigt sich dagegen eine höhere Inanspruchnahme bei Mädchen unter den 14- bis 17-Jährigen. Zudem fallen jeweils spezifische Altersgruppen mit einer besonders hohen Inanspruchnahme auf. Die Inanspruchnahme von Logopädie findet vor allem im Vor- und Grundschulalter statt und ist bei den 3- bis 6-Jährigen mit 15,0 % am höchsten. Ergotherapeutische Behandlungen werden am stärksten im Grundschulalter (7 bis 10 Jahre), und zwar von 8,3 % der Kinder genutzt. Die Inanspruchnahme physiotherapeutischer Behandlungen konzentriert sich zunächst bei den 0- bis 2-Jährigen, geht danach stark zurück und erreicht nach einem sukzessiven Anstieg die höchste Inanspruchnahmerate bei den 14- bis 17-Jährigen mit 16,9 %.

Seit der KiGGS-Basiserhebung hat die Inanspruchnahme aller drei Therapieformen spürbar zugenommen. Diese zeitliche Entwicklung findet sich auch in Auswertungen auf Basis von Routinedaten. Danach ist es in der Heilmittelversorgung generell zu einer Zunahme an Verordnungen gekommen. Auch wenn die Raten behandelte Kinder und Jugendlicher in den letzten Jahren wieder stagnieren [2], bestätigen die vorliegenden Auswertungen eine Zunahme des Anteils an Kindern und Jugendlichen in Heilmittelbehandlung. Auswertungen auf Basis von Routinedaten bestätigen auch die gefundenen Unterschiede nach Alter und Geschlecht [2]. Für die Zusammenhänge zwischen sozioökonomischem Status oder

dem Migrationshintergrund und der Heilmittelinanspruchnahme ist die Befundlage dagegen heterogen. Die häufigere Nutzung physiotherapeutischer Leistungen unter sozial Bessergestellten und Personen ohne Migrationshintergrund wurde bereits in Studien bei Erwachsenen gefunden [15]. Dagegen zeigten sich in Auswertungen zur Nutzung von Ergotherapie und Physiotherapie bei Kindern und Jugendlichen keine eindeutigen Zusammenhänge mit sozioökonomischen Merkmalen oder dem Migrationshintergrund [5, 6].

In den vorliegenden Analysen bleiben auch bei Kontrolle des medizinischen Bedarfs statistische Zusammenhänge, zum Beispiel zwischen dem Alter und der Inanspruchnahme von Heilmitteln bei Kindern und Jugendlichen, bestehen. Dies deutet darauf hin, dass der medizinische Bedarf nicht vollständig abgebildet werden konnte. Zwar zeigen sich klare Zusammenhänge zwischen den einbezogenen Indikatoren für den medizinischen Bedarf und der Inanspruchnahme. Allerdings ist es mit den Daten der KiGGS-Studie nicht möglich abzubilden, aus welchem konkreten Grund die jeweiligen Therapien tatsächlich durchgeführt wurden. Und vorübergehende, reversible Erkrankungen oder Störungen werden über die verwendeten Indikatoren nicht hinreichend erfasst.

Den Routinedaten der gesetzlichen Krankenkassen ist zu entnehmen, dass solche Indikationen den altersspezifischen Verlauf der Inanspruchnahme erklären können. In den ersten beiden Lebensjahren dominieren demnach Diagnosen wie Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen, die zu Maßnahmen der Physiotherapie führen. In der Gruppe der 3- bis 5-Jährigen überwiegen Dia-

gnosen wie Sprachentwicklungsstörungen, die eine logopädische Behandlung nach sich ziehen. Bei 6- bis 8-jährigen Kindern kommen umschriebene Entwicklungsstörungen und hyperkinetische Störungen wie die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) als häufige Indikationen hinzu, die oftmals auch durch Ergotherapie begleitet werden [2]. Darüber hinaus wird im Falle der Physiotherapie anhand der gezeigten Daten deutlich, dass sich im Alter von 14 bis 17 Jahren Muster herausbilden, die bereits jenen im Erwachsenenalter ähneln: Auswertungen auf Basis der Studien des Robert Koch-Instituts bestätigen durchgehend eine hohe 12-Monats-Prävalenz der Inanspruchnahme von Physiotherapie durch mehr als ein Fünftel der erwachsenen Bevölkerung mit einer deutlich höheren Inanspruchnahme bei Frauen [15, 28]. Bei Jugendlichen wie Erwachsenen ist dies mit dem Alter in zunehmendem Maße auf die Diagnose Rückenschmerzen zurückzuführen [2, 4].

Letztendlich ist es sowohl mit Befragungs- als auch mit Routinedaten schwer zu beurteilen, inwieweit ein angemessenes Niveau an Verordnungen vorliegt. Auf der einen Seite fällt auf, dass vor allem in Regionen, in denen die Zahl der Leistungserbringer steigt, auch zunehmend häufiger Heilmittel verordnet werden [7]. Analysen der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) des Robert Koch-Instituts legen für die erwachsene Bevölkerung einen Zusammenhang zwischen der Dichte an Leistungserbringern und der Inanspruchnahme von Physiotherapie nahe [15]. Dies führt zu der Frage, ob Heilmittel immer bedarfsgerecht verordnet werden. Am Beispiel der Ergotherapie wurde andererseits gezeigt, dass bei weitem nicht bei allen

Kindern und Jugendlichen mit einer möglichen Heilmittelindikation eine solche auch zur Anwendung kommt. Wichtig erscheint daher die Frage, in welchen Gruppen von Kindern und Jugendlichen eine Unterinanspruchnahme bestehen mag und wie eine bedarfsgerechte Versorgung in diesen Fällen sichergestellt werden kann [3].

Grundsätzlich stehen Gesamtausgaben und Ausgabendynamik in der Heilmittelversorgung in einem Missverhältnis zu der geringen Aufmerksamkeit, die diesem Versorgungsbereich auch in der Gesundheitsforschung zukommt [29]. Auch wenn Heilmittel insgesamt als effektive Therapien mit wenig Nebenwirkungen gelten, wird vonseiten der Krankenkassen zudem angemahnt, dass es teilweise an evidenzbasierten Entscheidungshilfen für die Versorgungspraxis fehle [3, 4]. Umso mehr liegt es in der Verantwortung aller Akteure, sowohl die Transparenz über das Leistungsgeschehen im Heilmittelbereich herzustellen, als auch das Wissen über evidenzbasierte Verfahren und Therapien zu erhöhen.

**Korrespondenzadresse**

Dr. Alexander Rommel  
Robert Koch-Institut  
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring  
General-Pape-Str. 62–66  
12101 Berlin  
E-Mail: [RommelA@rki.de](mailto:RommelA@rki.de)

**Zitierweise**

Rommel A, Hintzpeter B, Urbanski D (2018)  
Inanspruchnahme von Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie  
bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland –  
Querschnittergebnisse aus KiGGs Welle 2 und Trends.  
Journal of Health Monitoring 3(4): 22–37.  
DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-090

### Datenschutz und Ethik

Alle Studien des Robert Koch-Instituts unterliegen der strikten Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG). Die Ethikkommission der Charité – Universitätsmedizin Berlin hat die KiGGS-Basiserhebung (Nr. 101/2000) und die Ethikkommission der Medizinischen Hochschule Hannover KiGGS Welle 2 (Nr. 2275-2014) unter ethischen Gesichtspunkten geprüft und den Studien zugestimmt. Die Teilnahme an den Studien war freiwillig. Die Teilnehmenden beziehungsweise ihre Sorgeberechtigten wurden über die Ziele und Inhalte der Studien sowie über den Datenschutz informiert und gaben ihre schriftliche Einwilligung (informed consent).

### Förderungshinweis

KiGGS wird finanziert durch das Bundesministerium für Gesundheit und das Robert Koch-Institut.

### Interessenkonflikt

Die Autorinnen und der Autor geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

### Danksagung

Unser Dank richtet sich in erster Linie an alle Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer und deren Eltern. Auch allen Verantwortlichen in den 167 Studienorten möchten wir danken für die zur Verfügung gestellten Räume und die tatkräftige Unterstützung vor Ort.

Die KiGGS Welle 2 hätte nicht realisiert werden können ohne die engagierte Mitarbeit zahlreicher Kollegin-

nen und Kollegen im Robert Koch-Institut. Wir danken insbesondere den Studienteams für ihre exzellente Arbeit und das außergewöhnliche Engagement während der dreijährigen Datenerhebungsphase.

### Literatur

1. Wissenschaftsrat (2012) Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. <https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf> (Stand: 02.10.2018)
2. Waltersbacher A (2017) Heilmittelbericht 2017. WlDO, Berlin
3. Kemper S, Sauer K, Gleaske G (2012) BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2012. Barmer GEK, Schwäbisch Gmünd
4. Sauer K, Kemper S, Kaboth K et al. (2010) BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2010. Barmer GEK, Schwäbisch Gmünd
5. Weber A, Karch D, Thyen U et al. (2016) Inanspruchnahme von Ergotherapie im Kindesalter - Ergebnisse aus der KiGGS-Basiserhebung. *Klin Padiatr* 228(2):77-83
6. Weber A, Karch D, Thyen U et al. (2017) Inanspruchnahme von Physiotherapie im Kindes- und Jugendalter – Ergebnisse aus der KiGGS-Basiserhebung. *Gesundheitswesen* 79(3):164-173
7. Brechtel T, Kossack N, Grandt D (2016) BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2016. Barmer GEK, Berlin
8. Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (2016) Pathogenese, Diagnostik und Behandlung von Redeflussstörungen. Evidenz- und konsensbasierte interdisziplinäre S3-Leitlinie, Version 1. <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/049-013.html> (Stand: 02.10.2018)
9. Gesellschaft für Neuropädiatrie, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (2011) Deutsch-Schweizerische Versorgungsleitlinie basierend auf internationalen Empfehlungen (EACD-Consensus) zu Definition, Diagnose, Untersuchung und Behandlung bei Umschriebenen Entwicklungsstörungen motorischer Funktionen (UEMF). <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/022-017.html> (Stand: 02.10.2018)

10. Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (2017) Nationale VersorgungsLeitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz. Langfassung. 2. Auflage, Version 1. <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/nvl-007.html> (Stand: 02.10.2018)
11. Lehmkuhl G, Köster I, Schubert I (2009) Ambulante Versorgung kinder- und jugendpsychiatrischer Störungen – Daten einer versichertenbezogenen epidemiologischen Studie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 58(3):170-185
12. Beerheide R (2018) Heilmittelerbringung: Blankoverordnung soll bis März 2020 kommen. *Dtsch Arztebl International* 115(39):1680
13. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018) Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018. SVR, Bonn/Berlin
14. Kopkow C, Lange T, Schmitt J et al. (2017) Physiotherapeutische Versorgungssituation in Deutschland von 2004 bis 2014. Analyse des Verordnungsverhaltens bei Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung. *Gesundheitswesen* 79(03):153-160
15. Rommel A, Kroll LE (2017) Individual and Regional Determinants for Physical Therapy Utilization in Germany: Multilevel Analysis of National Survey Data. *Physical Therapy* 97(5):512-523
16. Hoffmann R, Lange M, Butschalowsky H et al. (2018) Querschnitterhebung von KiGGS Welle 2 – Teilnehmendengewinnung, Response und Repräsentativität. *Journal of Health Monitoring* 3(1):82-96. <https://edoc.rki.de/handle/176904/3041> (Stand: 02.10.2018)
17. Lange M, Butschalowsky HG, Jentsch F et al. (2014) Die erste KiGGS-Folgebefragung (KiGGS Welle 1): Studiendurchführung, Stichprobendesign und Response. *Bundesgesundheitsbl* 57(7):747-761. <https://edoc.rki.de/handle/176904/1888> (Stand: 02.10.2018)
18. Kamtsiuris P, Lange M, Schaffrath Rosario A (2007) Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): Stichprobendesign, Response und Nonresponse-Analyse. *Bundesgesundheitsbl* 50(5-6):547-556. <https://edoc.rki.de/handle/176904/401> (Stand: 02.10.2018)
19. Mauz E, Gößwald A, Kamtsiuris P et al. (2017) Neue Daten für Taten. Die Datenerhebung zur KiGGS Welle 2 ist beendet. *Journal of Health Monitoring* 2(S3):2-28. <https://edoc.rki.de/handle/176904/2806> (Stand: 02.10.2018)
20. The American Association for Public Opinion Research (2016) Standard Definitions: Final Dispositions of case Codes and Outcome Rates for Surveys. 9th edition. AAPOR, Deerfield
21. Lampert T, Müters S, Stolzenberg H et al. (2014) Messung des sozioökonomischen Status in der KiGGS-Studie. Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). *Bundesgesundheitsbl* 57(7):762-770
22. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2008) Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) 2003–2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin. <https://edoc.rki.de/handle/176904/408> (Stand: 02.10.2018)
23. Woerner W, Becker A, Rothenberger A (2004) Normative data and scale properties of the German parent SDQ. *European Child & Adolescent Psychiatry* 13(2):ii3-ii10
24. Buratta V, Frova L, Gargiulo L et al. (2003) Development of a common instrument for chronic physical conditions. In: Nosikov A, Gudex C (Hrsg) EUROHIS: developing common instruments for health surveys. IOS press, Amsterdam
25. Bethell CD, Blumberg SJ, Stein RE et al. (2015) Taking stock of the CSHCN screener: a review of common questions and current reflections. *Acad Pediatr* 15(2):165-176
26. Forschungsdatenzentren der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (2017) Mikrozensus, 2013, eigene Berechnungen. <http://www.forschungsdatenzentrum.de/bestand/mikrozensus/> (Stand: 20.11.2017)
27. Stata Corp. (2017) Stata Survey Data Reference Manual, Release 15. <https://www.stata.com/manuals/svy.pdf> (Stand: 15.06.2018)
28. Rommel A, Prütz F (2017) Inanspruchnahme physiotherapeutischer Leistungen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2(4):101-108. <https://edoc.rki.de/handle/176904/2907> (Stand: 02.10.2018)
29. Grandt D, Kossack N, Brechtel T (2017) BARMER Heil- und Hilfsmittelreport 2017. Barmer, Berlin

## Impressum

### Journal of Health Monitoring

#### Herausgeber

Robert Koch-Institut  
Nordufer 20  
13353 Berlin

#### Redaktion

Susanne Bartig, Johanna Gutsche, Dr. Birte Hintzpeter,  
Dr. Franziska Prütz, Martina Rabenberg, Dr. Alexander Rommel,  
Dr. Livia Ryl, Dr. Anke-Christine Saß, Stefanie Seeling,  
Martin Thißen, Dr. Thomas Ziese  
Robert Koch-Institut  
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring  
Fachgebiet Gesundheitsberichterstattung  
General-Pape-Str. 62–66  
12101 Berlin  
Tel.: 030-18 754-3400  
E-Mail: [healthmonitoring@rki.de](mailto:healthmonitoring@rki.de)  
[www.rki.de/journalhealthmonitoring](http://www.rki.de/journalhealthmonitoring)

#### Satz

Gisela Dugnus, Alexander Krönke, Kerstin Möllerke

ISSN 2511-2708

#### Hinweis

Inhalte externer Beiträge spiegeln nicht notwendigerweise die  
Meinung des Robert Koch-Instituts wider.



Dieses Werk ist lizenziert unter einer  
Creative Commons Namensnennung 4.0  
International Lizenz.



Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im  
Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit