

Journal of Health Monitoring · 2017 2(4)
DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-118
Robert Koch-Institut, Berlin

Autor und Autorin:

Alexander Rommel, Franziska Prütz

Inanspruchnahme physiotherapeutischer Leistungen in Deutschland

Abstract

Physiotherapie ist ein wichtiger Teil der gesundheitlichen Versorgung und hat Eingang in viele klinische Leitlinien gefunden. Im Abrechnungsgeschehen der Gesetzlichen Krankenversicherung hat die Physiotherapie unter allen Heilmitteln einen Umsatzanteil von über 70%. Dies entspricht Ausgaben von etwa 4,4 Milliarden Euro jährlich. Nach Auswertung der Selbstangaben zur Inanspruchnahme physiotherapeutischer Leistungen aus den Daten von GEDA 2014/2015-EHIS nehmen 25,5% der Frauen und 17,7% der Männer innerhalb von 12 Monaten physiotherapeutische Leistungen in Anspruch. Im Altersverlauf nimmt die Inanspruchnahme deutlich zu und erreicht ihren Höhepunkt in der Altersgruppe der 50- bis 59-Jährigen mit 30,7% bei den Frauen und 20,1% bei den Männern. Angehörige der oberen Bildungsgruppe und Privatversicherte nehmen physiotherapeutische Leistungen häufiger in Anspruch. Ebenso nutzen Personen aus den neuen Bundesländern physiotherapeutische Angebote häufiger als Personen aus den alten Bundesländern.

📌 PHYSIOTHERAPIE · INANSPRUCHNAHME · VERSORGUNG · GESUNDHEITSMONITORING · DEUTSCHLAND

Einleitung

Als übergreifendes Konzept umfasst Physiotherapie sowohl aktive Bewegungstherapien (z. B. Krankengymnastik) als auch passive Behandlungsformen (z. B. Wärmebehandlungen, Massagen). Beide zielen darauf ab, im Rahmen der Prävention und Therapie von Erkrankungen die körperliche Funktionsfähigkeit und die Bewegungsabläufe der Patientinnen und Patienten zu fördern, zu erhalten und wiederherzustellen. Ein weiteres wichtiges Anwendungsfeld liegt in der Linderung von Symptomen im Rahmen der palliativmedizinischen Versorgung.

Der Anspruch auf Versorgung mit Heilmitteln, zu denen neben der Physiotherapie auch die Ergotherapie,

die Logopädie und die Podologie zählen, ist für die ambulante vertragsärztliche Versorgung gesetzlich Versicherter im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) festgeschrieben. Auch Privatversicherte haben in unterschiedlichem Umfang Anspruch auf physiotherapeutische Leistungen. Des Weiteren wird Physiotherapie auch im Rahmen der stationären Versorgung in Krankenhäusern und der medizinischen Rehabilitation nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) erbracht.

Die Leistungserbringung im ambulanten Bereich wird für gesetzlich Versicherte durch den Gemeinsamen Bundesausschuss in der Heilmittelrichtlinie sowie im Heilmittelkatalog genauer geregelt. Danach wird Physiotherapie auf ärztliche Verordnung hin durchgeführt und von

GEDA 2014/2015-EHIS

Datenhalter: Robert Koch-Institut

Ziele: Bereitstellung zuverlässiger Informationen über den Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten und die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung in Deutschland, mit Möglichkeit zum europäischen Vergleich

Erhebungsmethode: Schriftlich oder online ausgefüllter Fragebogen

Grundgesamtheit: Bevölkerung ab 18 Jahren mit ständigem Wohnsitz in Deutschland

Stichprobenziehung: Einwohnermeldeamt-Stichproben – zufällig ausgewählte Personen aus 301 Gemeinden in Deutschland wurden eingeladen

Teilnehmende: 24.016 Personen (13.144 Frauen und 10.872 Männer)

Response rate: 26,9%

Untersuchungszeitraum: November 2014 – Juli 2015

Datenschutz: Die Studie unterliegt der strikten Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes und wurde von der Bundesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit in Deutschland genehmigt. Die Teilnahme an der Studie war freiwillig. Die Teilnehmenden wurden über die Ziele und Inhalte der Studie sowie über den Datenschutz informiert und gaben ihre schriftliche Einwilligung (informed consent).

Mehr Informationen unter www.geda-studie.de

den gesetzlichen Krankenkassen abzüglich festgelegter Zuzahlungen übernommen. In begrenztem Umfang werden auch ohne ärztliche Verordnung privat zu finanzierende physiotherapeutische Leistungen durch sogenannte sektorale Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker erbracht. Im Abrechnungsgeschehen der Gesetzlichen Krankenversicherung hat die Physiotherapie unter allen Heilmitteln einen Umsatzanteil von über 70%. Dies entspricht Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung von 4,4 Milliarden Euro im Jahr 2015 [1].

Im Therapiespektrum der Physiotherapie dominieren die aktiven Verfahren. So erhalten fast zwei Drittel der Patientinnen und Patienten mit physiotherapeutischen Verordnungen Krankengymnastik [1]. Unter den Indikationen für physiotherapeutische Behandlungen überwiegen die Muskel-Skelett-Erkrankungen. Nach Angaben der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) ist die Diagnose Rückenschmerzen (ICD-10: M54) im Jahr 2015 bei etwa einem Drittel aller physiotherapeutischen Patientinnen und Patienten der Grund für die Behandlung. Nahezu zehn Prozent litten an einer Arthrose mit unterschiedlichen Lokalisationen (ICD-10: M16, M17, M19). Weitere Muskel-Skelett-Erkrankungen sowie neurologische Erkrankungen (z. B. Schlaganfall) sind ebenfalls wichtige Anlässe für eine Behandlung [1].

Auch weit über die genannten Indikationen hinaus haben physiotherapeutische Verfahren Eingang in eine Vielzahl medizinischer Leitlinien gefunden. Hierzu zählen Leitlinien zu Erkrankungen wie bösartige Neubildungen oder Lungenerkrankungen [2, 3]. Die Physiotherapie stellt damit einen wichtigen und integralen Bestandteil der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland dar.

Kosten und erbrachte Leistungen werden bislang überwiegend durch Abrechnungsdaten der Gesetzlichen Krankenversicherung abgebildet [1, 4–7]. Die Daten des Gesundheitsmonitorings des Robert Koch-Instituts bieten darüber hinaus die Möglichkeit, die Inanspruchnahme bevölkerungsbezogen darzustellen und soziale Einflussfaktoren zu identifizieren [8]. Aktuelle Daten zur Inanspruchnahme von Physiotherapie sind aus der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2014/2015-EHIS) verfügbar.

Indikator

Die Inanspruchnahme physiotherapeutischer Leistungen wurde in der Studie GEDA 2014/2015-EHIS durch die Selbstangabe der Befragten in einem schriftlich oder online ausgefüllten Fragebogen erfasst. Darin wurde die Frage gestellt „Waren Sie in den letzten 12 Monaten bei einem Physiotherapeuten, um sich selbst beraten, untersuchen oder behandeln zu lassen?“. Die Befragten konnten mit „ja“ oder „nein“ antworten. Die Frage ist Teil des Fragenkatalogs des European Health Interview Surveys (EHIS), der per Verordnung der Europäischen Union (EU) als verpflichtendes Erhebungsprogramm für alle EU-Mitgliedsstaaten verabschiedet wurde [9, 10].

Die Analysen basieren auf Daten von 23.917 teilnehmenden Personen ab 18 Jahren (13.095 Frauen, 10.822 Männer) mit gültigen Angaben zur Inanspruchnahme physiotherapeutischer Leistungen. Die Berechnungen wurden mit einem Gewichtungsfaktor durchgeführt, der Abweichungen der Stichprobe von der Bevölkerungsstruktur (Stand: 31.12.2014) hinsichtlich Geschlecht, Alter, Kreistyp und Bildung korrigiert. Der Kreistyp

26 % der Frauen und 18 % der Männer nehmen innerhalb von 12 Monaten physiotherapeutische Leistungen in Anspruch.

spiegelt den Grad der Urbanisierung und entspricht der regionalen Verteilung in Deutschland. Die Internationale Standardklassifikation für das Bildungswesen (ISCED) wurde verwendet, um die Angaben der Studienteilnehmenden zur Bildung zu klassifizieren [11]. Es wird von einem statistisch signifikanten Unterschied zwischen Gruppen ausgegangen, wenn sich die Konfidenzintervalle nicht überlappen.

Eine ausführliche Darstellung der Methodik von GEDA 2014/2015-EHIS findet sich bei Lange et al. 2017 [12] sowie im Beitrag [Gesundheit in Deutschland aktuell – neue Daten für Deutschland und Europa](#) in Ausgabe 1/2017 des Journal of Health Monitoring.

Ergebnisse und Einordnung

Mehr als ein Fünftel der deutschen Bevölkerung (21,7 %) berichtet, innerhalb von 12 Monaten physiotherapeutische Leistungen in Anspruch genommen zu haben. Bei Frauen liegt dieser Anteil mit 25,5 % deutlich höher als

bei Männern mit 17,7%. Diese Angaben sind etwas höher als die entsprechenden Kennziffern aus den Abrechnungsdaten der gesetzlichen Krankenkassen [1, 13]. Dies liegt darin begründet, dass in den GEDA 2014/2015-EHIS-Daten auch die Angaben Privatversicherter enthalten sind, die generell häufiger Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen [14]. Zudem bilden Befragungsdaten in begrenztem Umfang auch physiotherapeutische Maßnahmen ab, die ohne ärztliche Verordnung selbst bezahlt werden, im Krankenhaus erbracht werden oder Teil einer Maßnahme zur medizinischen Rehabilitation sind.

Im Altersgang nimmt die Inanspruchnahme physiotherapeutischer Leistungen deutlich zu und erreicht ihren Höhepunkt in der Altersgruppe der 50- bis 59-Jährigen mit 30,7 % bei den Frauen und 20,1 % bei den Männern ([Abbildung 1](#)). Auch der Unterschied zwischen den Geschlechtern ist in den mittleren Altersgruppen besonders ausgeprägt. Im höheren Alter ist bei der Nutzung

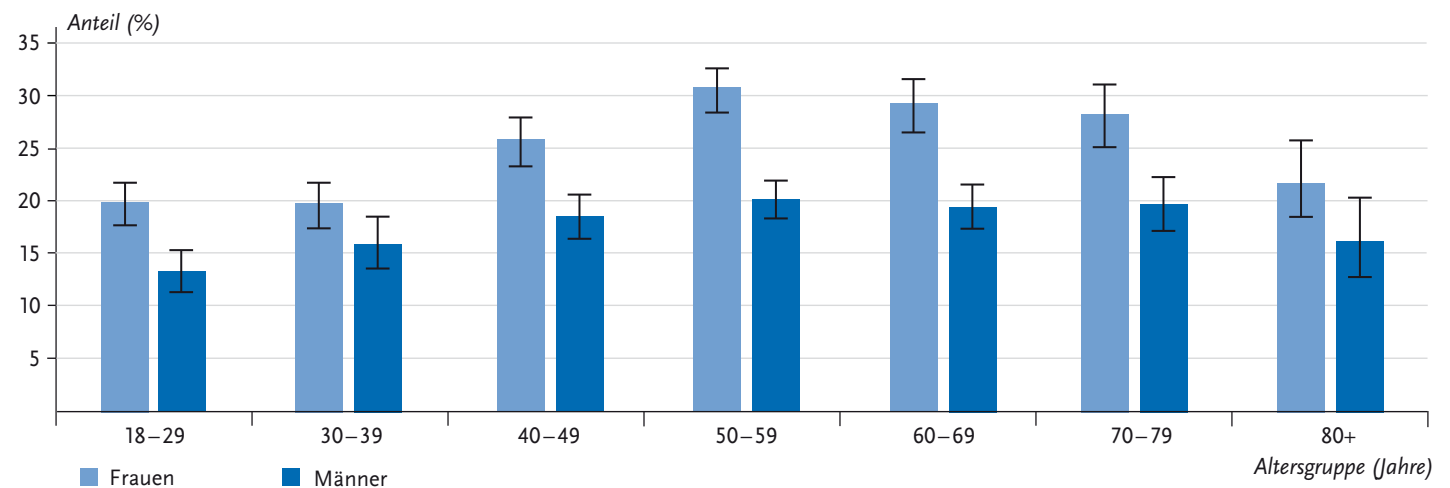


Abbildung 1
Inanspruchnahme physiotherapeutischer Leistungen nach Geschlecht und Alter
(n=13.095 Frauen; n=10.822 Männer)
Quelle: GEDA 2014/2015-EHIS

Tabelle 1
Inanspruchnahme physiotherapeutischer Leistungen nach Geschlecht, Bildungs- und Versichertenstatus
 (n=13.095 Frauen; n=10.822 Männer)
 Quelle: GEDA 2014/2015-EHIS

Frauen	%	(95 %-KI)
Frauen (gesamt)	25,5	(24,5–26,5)
Bildung		
Untere Bildungsgruppe	23,5	(21,5–25,5)
Mittlere Bildungsgruppe	25,7	(24,5–26,9)
Obere Bildungsgruppe	27,6	(25,9–29,4)
Versichertenstatus		
Gesetzliche Krankenversicherung	24,5	(23,5–25,6)
Private Krankenversicherung/Beihilfe	30,4	(28,0–33,3)
Gesamt (Frauen und Männer)	21,7	(20,9–22,4)

KI = Konfidenzintervall

Männer	%	(95 %-KI)
Männer (gesamt)	17,7	(16,8–18,6)
Bildung		
Untere Bildungsgruppe	15,1	(13,2–17,3)
Mittlere Bildungsgruppe	17,7	(16,4–18,9)
Obere Bildungsgruppe	19,2	(17,8–20,7)
Versichertenstatus		
Gesetzliche Krankenversicherung	16,8	(15,8–17,7)
Private Krankenversicherung/Beihilfe	20,3	(18,5–22,3)
Gesamt (Frauen und Männer)	21,7	(20,9–22,4)

Am häufigsten wird Physiotherapie in der Altersgruppe der 50- bis 59-Jährigen genutzt.

physiotherapeutischer Leistungen ein statistisch nicht signifikanter Rückgang festzustellen (**Abbildung 1**). Diese soziodemografischen Unterschiede stehen in Einklang mit Befunden, die für die Nutzung von Gesundheitsleistungen im Allgemeinen und von Physiotherapie im Besonderen eine häufigere Nutzung bei Frauen festgestellt haben [1, 7, 8, 13, 14]. In weiteren Analysen hat sich zudem auch die im Altersgang ansteigende und dann wieder abnehmende Inanspruchnahme bestätigt [7, 8].

Neben Alter und Geschlecht zeigen sich signifikante Unterschiede in der Inanspruchnahme physiotherapeutischer Leistungen auch nach Bildungsgruppen (**Tabelle 1**). Der Anteil der Nutzerinnen und Nutzer ist in der oberen Bildungsgruppe höher als unter Personen mit geringer Bildung. Bei der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen ist bekannt, dass sozial bessergestellte Personen zu einer häufigeren Nutzung sowohl stärker spezialisierter als auch präventiv ausgerichteter Angebote neigen [14–16]. Die Nutzung physiotherapeutischer Leistungen folgt diesem Muster ebenfalls. Die Unterschiede zwischen den Bildungsgruppen bestätigen sich

zudem in Untersuchungen, in denen der medizinische Bedarf (Morbidity) statistisch kontrolliert wird [8, 17]. Die Unterschiede in der Inanspruchnahme sind mithin nicht allein durch eine ungleiche Verteilung der Krankheitslast zwischen den Bildungsgruppen zu erklären.

Auch unter privat versicherten Personen fällt die Inanspruchnahme physiotherapeutischer Leistungen höher aus als unter gesetzlich Versicherten (**Tabelle 1**). Hier gilt ebenfalls, dass die gefundenen Unterschiede bei Kontrolle des medizinischen Bedarfs bestehen bleiben. Ein Erklärungsansatz für die Unterschiede in der Inanspruchnahme liegt darin, dass Privatversicherte im Mittel ein höheres Einkommens- und Bildungsniveau aufweisen als gesetzlich Versicherte. Zudem werden einige alternative Behandlungsverfahren, die auch von Physiotherapeutinnen und -therapeuten erbracht werden, wie zum Beispiel die Osteopathie, nur in Ausnahmefällen von den gesetzlichen Krankenkassen erstattet. Bei den privaten Krankenkassen ist die Kostenerstattung dieser Verfahren weiter verbreitet, was ebenfalls eine tendenziell höhere Inanspruchnahme

Angehörige der oberen Bildungsgruppe und Privatversicherte nutzen physiotherapeutische Leistungen häufiger.

der Leistungen von Physiotherapeutinnen und -therapeuten begründet. Auch gibt es in der privaten Krankenversicherung die Option zuzahlungsfreier Versicherungstarife. Bei gesetzlich Versicherten besteht dagegen eine finanzielle Hürde für die Nutzung physiotherapeutischer Leistungen: Laut SGB V sind zehn Euro pro Verordnung und zehn Prozent der Behandlungskosten von den Versicherten selbst zu tragen.

Schlussendlich bestehen in der Nutzung physiotherapeutischer Leistungen regionale Unterschiede (Abbildung 2). Die Spannweite der höchsten und niedrigsten Inanspruchnahme in den Bundesländern umfasst über zehn Prozentpunkte. Während in Sachsen 29,2 % der Bevölkerung in den letzten 12 Monaten physiotherapeutische Leistungen in Anspruch genommen haben, werden die niedrigsten Anteile in Hessen

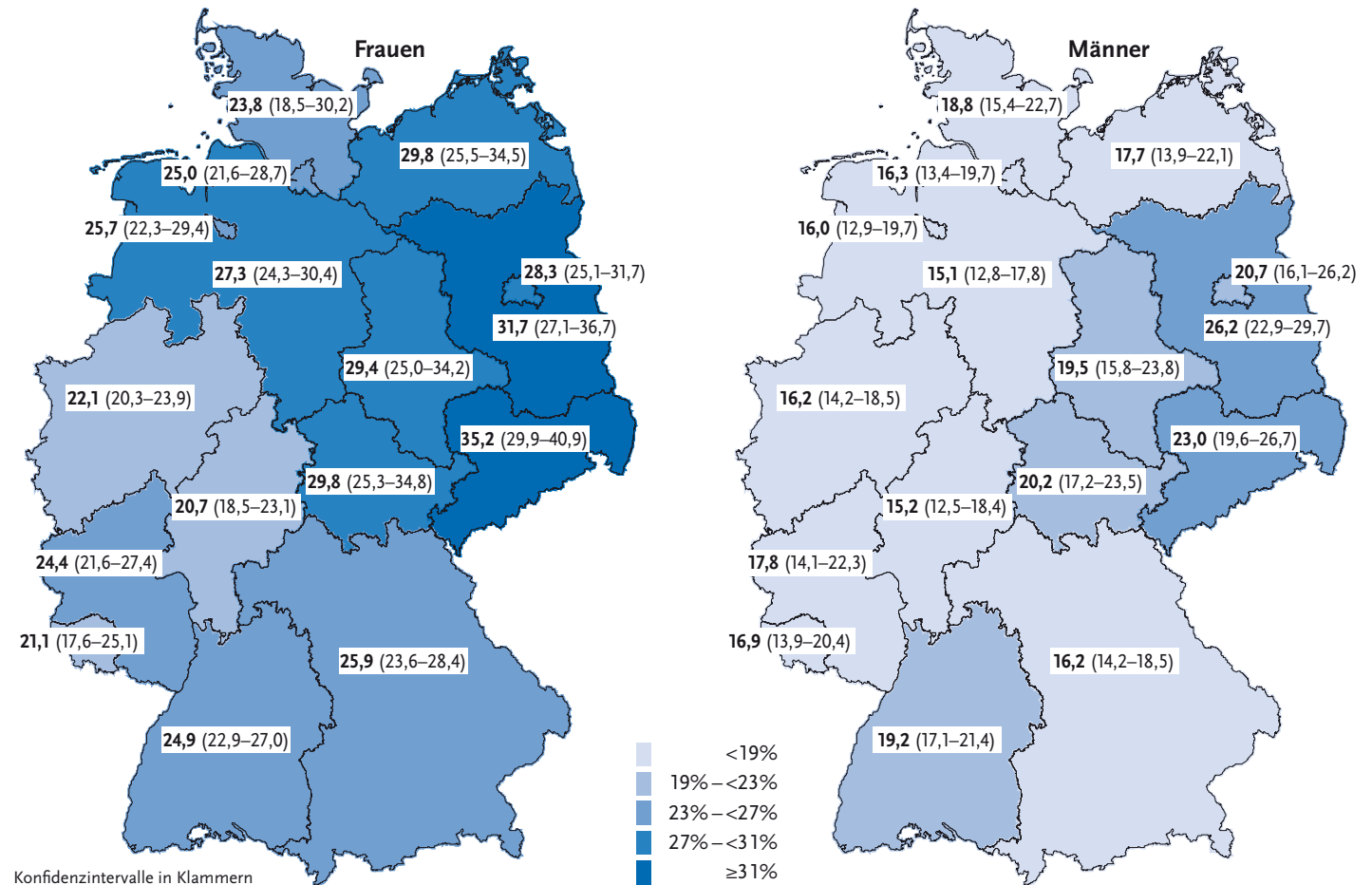


Abbildung 2
Inanspruchnahme physiotherapeutischer Leistungen nach Geschlecht und Bundesland
(n=13.095 Frauen; n=10.822 Männer)
Quelle: GEDA 2014/2015-EHIS

Personen aus den neuen Bundesländern nutzen die Hilfe von Physiotherapeutinnen und -therapeuten häufiger als Personen aus den alten Bundesländern.

mit 18,0 % erreicht. Insgesamt werden physiotherapeutische Leistungen in den neuen Bundesländern und Berlin tendenziell häufiger genutzt als in den alten Bundesländern. Die Unterschiede sind bei den Frauen ausgeprägter als bei den Männern (Abbildung 2). Die regionale Verteilung in der Inanspruchnahme physiotherapeutischer Leistungen deckt sich weitgehend mit den Abrechnungsdaten der gesetzlichen Krankenkassen [6]. Ein möglicher Erklärungsansatz bezieht sich auf das regional unterschiedliche Ordnungsverhalten der behandelnden Ärztinnen und Ärzte: So liegt der Anteil der Versicherten, die bei Vorliegen einer relevanten Indikation von ihren Ärztinnen und Ärzten tatsächlich eine Verordnung für Physiotherapie erhalten, nach Angaben der Krankenkasse Barmer GEK in den neuen Bundesländern deutlich höher als in den alten Bundesländern (z. B. Sachsen 57,0 % vs. Hessen 38,1 %) [7]. Darüber hinaus wäre in weiteren Studien zu klären, inwieweit auch regionale Unterschiede in der Krankheitslast für die unterschiedliche Inanspruchnahme physiotherapeutischer Leistungen verantwortlich sein könnten.

Die Physiotherapie stellt eine der am häufigsten in Anspruch genommenen Gesundheitsleistungen in Deutschland dar. Ihre Nutzung hängt dabei nicht nur von medizinischen, sondern auch von soziodemografischen und versorgungsbezogenen Faktoren ab (siehe auch [15]). Damit im Bedarfsfall alle Bevölkerungsgruppen gleichermaßen von Gesundheitsleistungen profitieren, sollte der Einfluss dieser Faktoren auf die Inanspruchnahme begrenzt bleiben. Die Forschung sollte versuchen, die Gründe für die betreffenden Versorgungs-

unterschiede zu identifizieren und in Empfehlungen für die Praxis zu berücksichtigen. Weiterführen könnten dabei auch stärker indikationsspezifische Untersuchungen. Nicht-medizinische Faktoren der Inanspruchnahme könnten so weiter aufgeklärt und Empfehlungen stärker auf den Versorgungsalltag zugeschnitten werden.

Die Daten des Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut können zu einer Analyse des Versorgungsgeschehens beitragen, indem sie grundlegende Zusammenhänge dieser Art aufdecken und spezifischere Forschungs- und Handlungsbedarfe aufzeigen. Gemeinsam mit anderen Beiträgen dieser Ausgabe (Fact sheets zur [Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Versorgung](#), [Inanspruchnahme von Krankenhausbehandlungen](#), [Einnahme ärztlich verordneter Medikamente und Selbstmedikation](#), Focus zur [Inanspruchnahme psychotherapeutischer und psychiatrischer Behandlung](#)) ergibt das vorliegende Fact sheet einen Überblick über wesentliche Teile der Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgung durch Erwachsene in Deutschland.

Literatur

1. Waltersbacher A (2015) Heilmittelbericht 2016. Wissenschaftliches Institut der AOK, Berlin
2. Agency for Health Care Research and Quality (2017) National Guideline Clearing House. <https://www.guideline.gov/search?q=physical+therapy> (Stand: 28.06.2017)
3. Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) e.V. (2017) Leitlinien. <https://www.physio-deutschland.de/fachkreise/beruf-und-bildung/leitlinien.html> (Stand: 28.06.2017)
4. Kemper C (2011) Heil- und Hilfsmittelbringer. In: Pfaff H, Neugebauer E, Glaeske G et al. (Hrsg) Lehrbuch Versorgungsforschung. Schattauer, Stuttgart, S. 96-101

5. Kemper C, Deitermann B, Kuhlmann E et al. (2008) Qualitätssicherung in der physiotherapeutischen Versorgung: eine geschlechterbezogene Analyse von Krankenkassendaten. *Gesundheitswesen* 70(8):552-558
6. 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(3):153-160
7. Brechtel B, Kossack N, Grandt D (2016) Barmer GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2016. Asgard, Siegburg
8. Rommel A, Kroll LE (2017) Individual and Regional Determinants for Physical Therapy Utilization in Germany: Multilevel Analysis of National Survey Data. *Phys Ther* 97(5):512-523
9. Europäische Union (2013) Verordnung (EU) Nr. 141/2013 der Kommission vom 19. Februar 2013 zur Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 1338/2008 des Europäischen Parlaments und des Rates zu Gemeinschaftsstatistiken über öffentliche Gesundheit und über Gesundheitsschutz und Sicherheit am Arbeitsplatz in Bezug auf Statistiken auf der Grundlage der Europäischen Gesundheitsumfrage (EHIS). In: Europäische Union (Hrsg), ABl. L 47 vom 20.2.2013, S. 20–48
10. European Commission, Eurostat (2013) European Health Interview Survey (EHIS wave 2). Methodological manual. European Commission, Luxembourg
11. Statistisches Amt der Europäischen Union (Eurostat) (2016) Internationale Standardklassifikation für das Bildungswesen (ISCED). http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Glossary:International_standard_classification_of_education_%28ISCED%29/de (Stand: 13.01.2017)
12. Lange C, Finger JD, Allen J et al. (2017) Implementation of the European health interview survey (EHIS) into the German health update (GEDA). *Archives of Public Health* 75(1):40
13. Müller R, Rothgang H, Glaeske G (2015) Barmer GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2015. Asgard, Siegburg
14. Rattay P, Butschalowsky H, Rommel A et al. (2013) Inanspruchnahme der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 56(5-6):832-844 <http://edoc.rki.de/oa/articles/reNjYnmVbkxU/PDF/21x19FTPZ-x3io.pdf> (Stand: 25.09.2017)
15. Hoebel J, Rattay P, Prütz F et al. (2016) Socioeconomic Status and Use of Outpatient Medical Care: The Case of Germany. *PLoS One* 11(5):e0155982
16. Hoebel J, Starker A, Jordan S et al. (2014) Determinants of health check attendance in adults: Findings from the cross-sectional German Health Update (GEDA) study. *BMC Public Health* 14(1)
17. Thieme H, Borgetto B (2014) Utilization of Physiotherapy by Patients with Rheumatic Diseases. In: Janssen C, Swart E, von Lengerke T (Hrsg) *Health Care Utilization in Germany Theory, Methodology, and Results*. Springer, New York, S. 237-256

Impressum

Journal of Health Monitoring

Institution der beteiligten Autorinnen und Autoren

Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Berlin

Korrespondenzadresse
Alexander Rommel
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
E-Mail: RommelA@rki.de

Interessenkonflikt

Der korrespondierende Autor gibt für sich und die Koautorin an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Förderungshinweis

Die GEDA-Studie wurde mit Mitteln des Robert Koch-Instituts und des Bundesministeriums für Gesundheit finanziert.

Hinweis

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

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion

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

Satz

Gisela Dugnus, Alexander Krönke, Kerstin Möllerke

Zitierweise

Rommel A, Prütz F (2017) Inanspruchnahme physiotherapeutischer Leistungen in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2(4):101–108. DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-118

ISSN 2511-2708



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