



Heilmitteltherapien bei Kindern: Förderung oder Warnsignal?

JANUAR 2026

Heilmitteltherapien wie Ergotherapie, Logopädie oder Physiotherapie gehören heute zum pädiatrischen Alltag und sind aus der kinderärztlichen Versorgung kaum noch wegzudenken. Für die Risikoprüfung stellt sich jedoch die Frage, welche dieser Maßnahmen lediglich unterstützende Entwicklungsförderung darstellen und welche als frühe Hinweise auf relevante Entwicklungsstörungen oder langfristige funktionelle Einschränkungen zu werten sind. Der Artikel beleuchtet, wie Kinderärzte Therapiebedarf festlegen, welche Verordnungen im klinischen Alltag üblich sind und welche Konstellationen eine erhöhte Aufmerksamkeit in der Risikoprüfung erfordern.

WIE KINDERÄRZTE ÜBER DEN THERAPIEBEDARF ENTSCHIEDEN

Heilmitteltherapien sind im Kindesalter weit verbreitet und in den letzten Jahren weiter angestiegen. Daten aus der bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitsstudie KiGGS Welle 2 zeigen, dass innerhalb eines Jahres in Deutschland 9,6 % der Kinder und Jugendlichen Physiotherapie, 6,1 % Logopädie und 4,0 % Ergotherapie

in Anspruch nehmen (siehe Abbildung 1)¹. In der Theorie basiert die Verordnung auf der Heilmittel-Richtlinie. Sie nennt Erkrankungen, bei denen eine solche Heilmittelbehandlung in Frage kommt und legt dazu Therapieziele sowie die orientierende Behandlungsmenge fest². In der Praxis ist die Entscheidung jedoch komplexer und wird vor allem durch die klinische Erfahrung der Kinderärzte geprägt. Entscheidend ist die Abweichung von altersbezogenen Entwicklungspfaden. Ärztinnen und Ärzte berücksichtigen unter anderem, den funktionellen Einfluss (z. B. Verständlichkeit, Koordination, Alltagsbewältigung), den zeitlichen Verlauf (persistierende Auffälligkeit vs. Reifungsvariante), klinische Komorbiditäten (z. B. ADHS, Lernstörungen, frühkindliche Regulationsprobleme) sowie familiäre Risikofaktoren und Ressourcen.

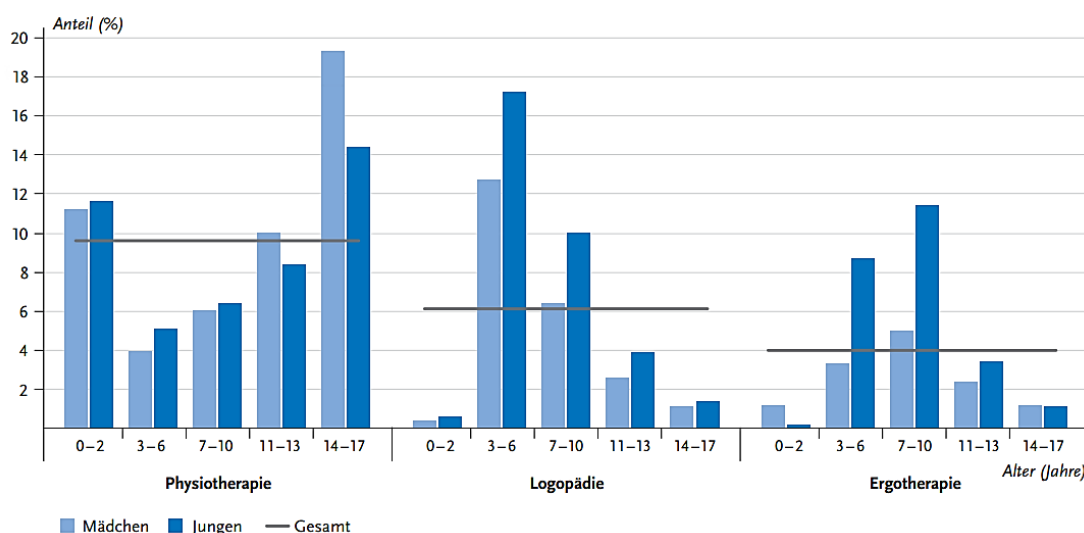


Abbildung 1: Inanspruchnahme von Heilmitteltherapien in den letzten 12 Monaten bei 0- bis 17-Jährigen nach Geschlecht und Alter (n=6.910 Mädchen, n=6.782 Jungen).¹

KLINISCHE VERSORGUNG UND RISIKOPRÜFUNG IM SPANNUNGSFELD

Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie werden zunehmend bereits im Vorschulalter verordnet, häufig auf Anraten von Kitas, Frühförderstellen oder aus dem Wunsch der Eltern heraus, eine optimale Entwicklungsbegleitung sicherzustellen. Für die klinische Versorgung stellt diese Entwicklung eine sinnvolle Erweiterung des präventiven Spektrums dar. Für die Risikoprüfung hingegen ergibt sich daraus eine besondere Herausforderung. Nicht jede Therapie weist auf eine relevante Erkrankung hin. Gleichzeitig können persistierende, funktionell bedeutsame Auffälligkeiten Hinweise auf komplexere Störungsbilder darstellen. In der Risikoprüfung ist daher zu bewerten, ob der Therapiebedarf auf ein erhöhtes gesundheitliches Risiko hindeutet oder präventiv bzw. entwicklungsfördernd erfolgt.

¹ Robert Koch-Institut (RKI) (2018): *KiGGS Welle 2 – Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. Berlin: RKI.

² Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA): *Heilmittelrichtlinie*.

KINDERÄRZTLICHE BEFUNDE, IHR HEILMITTELBEDARF UND AUSWIRKUNGEN AUF DIE RISIKOPRÜFUNG

Logopädische Verordnungen behandeln vor allem Sprach- und Artikulationsstörungen. Häufige Indikationen sind umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache, insbesondere Artikulationsstörung, expressive und rezeptive Sprachstörung sowie phonologische Störungen. Neben diesen Sprachentwicklungsstörungen zählt auch Stottern zu den häufigsten Behandlungsgründen. Isolierte Artikulationsstörungen im Vorschulalter haben meist eine gute Prognose. Rezeptive Sprachstörungen, komplexe grammatikalische Auffälligkeiten, persistierendes Stottern oder kombinierte Sprachstörungen sind hingegen häufig mit neuroentwicklungsbezogenen Störungen wie ADHS oder Autismus verbunden und daher für die Risikoprüfung relevant^{3,4}.

Ergotherapie deckt ein breites Spektrum ab – von fein- und grafomotorischen Schwierigkeiten über Wahrnehmungsverarbeitungsstörungen bis hin zu Problemen in Planung, Koordination und Aufmerksamkeit. Häufigste Diagnose ist die umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen (ca. 60 % der Verordnungen bei 5- bis 10-Jährigen). Weitere typische Anlässe sind sensorische Integrations- und Wahrnehmungsstörungen sowie unspezifische feinmotorische Koordinationsprobleme. Viele Befunde, besonders isolierte grafomotorische Auffälligkeiten, entsprechen normalen Entwicklungsvarianten mit guter Prognose. Ein längerer Therapiebedarf, geringe Fortschritte, begleitende Lernstörungen oder Hinweise auf eine Entwicklungsdyspraxie deuten dagegen häufiger auf komplexere neuroentwicklungsbezogene Störungen mit ungünstigerer Prognose hin^{5,6}.

Physiotherapeutische Verordnungen betreffen vor allem orthopädisch-muskuläre Befunde wie Haltungsauffälligkeiten, muskuläre Dysbalancen oder Fußfehlstellungen (ca. 40 %) sowie motorische Entwicklungsstörungen (ca. 25 %). Viele orthopädische Auffälligkeiten bessern sich unter früher Therapie und mit zunehmender Reifung, während strukturelle Fehlbildungen langfristig relevant bleiben. Auch motorische Entwicklungsstörungen verlaufen heterogen: Verzögerte Meilensteine holen unter Therapie oft rasch auf, persistierende oder multidimensionale Befunde weisen jedoch häufiger auf komplexere Störungsbilder mit höherer Bedeutung für die Risikoprüfung hin⁵.

³ AWMF-Register Nr. 049-015 (2022): S3-Leitlinie Therapie von Sprachentwicklungsstörungen.

⁴ Reilly S., et al. (2014): Predictors of persistence in speech sound disorders. *Pediatrics*.

⁵ GKV-Spitzenverband / WIdO (2023): *Heilmittelbericht – Heilmittelversorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung*.

⁶ Blank R., et al. (2019): European Consensus on Developmental Coordination Disorder. *Developmental Medicine & Child Neurology*.

WIE DER THERAPIEVERLAUF HILFT DAS RISIKO RICHTIG EINZUORDNEN

Für die Unterscheidung zwischen präventiver Maßnahme und erhöhtem gesundheitlichen Risiko im Rahmen der Risikoprüfung ist weniger die Therapie selbst entscheidend, sondern vielmehr ihr Verlauf. Während physiotherapeutische Maßnahmen bei muskuloskelettalen oder tonusbedingten Befunden oft frühzeitig Wirkung zeigen, benötigen ergotherapeutische und logopädische Interventionen in der Regel mehrere Monate, bis stabile Entwicklungsfortschritte zu erwarten sind. Bleiben Verbesserungen über einen Zeitraum von drei bis sechs Monaten aus, weist dies häufiger auf persistierende Störungsbilder hin⁷.



FALLBEISPIEL 1

Ein 5-jähriger Junge fällt in der Kita durch Schwierigkeiten beim Ausschneiden, Malen und Basteln auf. Die übrigen Entwicklungsbereiche sind unauffällig. Eine viermonatige Ergotherapie zeigt deutliche Verbesserungen.

Bewertung: Typische Reifeverzögerung, unkritisch

Auch die Therapieintensität ist relevant: Eine deutlich erhöhte Frequenz über die übliche einmal-wöchentliche Versorgung hinaus wird in den Heilmittelberichten vor allem im Zusammenhang mit ausgeprägteren Funktionsstörungen beschrieben⁸. Ein weiterer Hinweis ergibt sich aus parallellaufenden Therapien. Während isolierte Einzeltherapien häufig der Entwicklungsunterstützung dienen, steht ein gleichzeitiger Bedarf an Ergo-, Logo- und ggf. Frühförderung deutlich häufiger für komplexere neuroentwicklungsbezogene Probleme⁹. Schließlich ist die Therapiedynamik von wesentlicher Bedeutung. Eine nur geringe oder ausbleibende Verbesserung trotz regelmäßiger Teilnahme widerspricht dem erwartbaren Verlauf einfacher Reifungsverzögerungen. Stagnierende Entwicklungen sind daher insbesondere im Kontext multidisziplinärer Förderung mit erhöhter Aufmerksamkeit zu bewerten.



FALLBEISPIEL 2

Ein 3-jähriges Mädchen mit sensorischer Empfindlichkeit, verzögerter Sprache und auffälligem Spielverhalten erhält parallel Ergo- und Logopädie. Trotz Förderung bleiben die Fortschritte gering. Mit 4½ Jahren erfolgt die Diagnose einer Autismus-Spektrum-Störung.

Bewertung: Frühe multidisziplinäre Förderung und geringe Fortschritte sind ein Warnsignal

⁷ AWMF-Register Nr. 049-015 (2022): S3-Leitlinie Therapie von Sprachentwicklungsstörungen.

⁸ GKV-Spitzenverband / WIdO (2023): Heilmittelbericht – Heilmittelversorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung.

⁹ Morgan A., et al. (2013): Multidisciplinary intervention in children with developmental coordination disorder. *Pediatrics*.

WELCHE DOKUMENTE IN DER RISIKOPRÜFUNG HELFEN

Viele Entwicklungsauffälligkeiten im frühen Kindesalter verlieren mit zunehmender Reifung an Bedeutung und besitzen rückblickend nur geringe prognostische Relevanz. Für die versicherungsmedizinische Einschätzung sollte daher der aktuelle Funktionsstatus im Vordergrund stehen: Ist das Kind heute altersgerecht entwickelt, beschwerdefrei und alltagskompetent? Nicht weiterverfolgte Verdachtsdiagnosen gelten in der Regel als unkritisch, sofern spätere U-Untersuchungen unauffällig blieben und kein erneuter Therapiebedarf bestand. Für eine fundierte Risikoabwägung sind bestimmte Unterlagen besonders hilfreich. Einträge im U-Heft liefern strukturierte Informationen zu Entwicklungsschritten und früheren Auffälligkeiten. Berichte aus sozialpädiatrischen Zentren, neuropädiatrischen Einrichtungen oder Pädaudiologien ermöglichen eine interdisziplinäre Bewertung. Auch Berichte aus Frühförderstellen liefern wertvolle Hinweise auf Alltag, Entwicklungsdynamik und Förderreaktionen. Schließlich erlauben Therapiedokumentationen aus Logopädie, Ergotherapie oder Physiotherapie eine objektive Einschätzung der erreichten Ziele, verbleibenden Schwierigkeiten und Reaktionen des Kindes auf Interventionen.

FAZIT

Therapiebedarf im Kindesalter ist ein vielschichtiges Phänomen. Für die Risikoprüfung ist entscheidend, den Kontext zu verstehen: Welche Bereiche sind betroffen? Wie reagiert das Kind auf Förderung? Welche funktionellen Einschränkungen bestehen? Während viele Therapien rein präventiv eingesetzt werden, weisen multidisziplinäre Förderung, persistierende Einschränkungen und ausbleibende Fortschritte auf relevante Störungen hin.

Eine differenzierte Betrachtung dieser Faktoren erlaubt es, zwischen normalen Entwicklungsvarianten und versicherungsrelevanten Risiken zu unterscheiden.

Co-Autorin



DR. MED. VIOLA JANSEN

Unsere Medizinische Beraterin für
KINDER- UND JUGENDMEDIZIN

Ihre Ansprechpartner



CAROLINE NITHAMMER

Referentin Leben/Kranken Risiko- und Leistungsprüfung

Telefon +49 211 4554-183

caroline.nithammer@deutscherueck.de



JAMIL SATTLER

Co-Bereichsleiter Leben/Kranken Markt, Produkte & Prozesse

Telefon +49 211 4554-362

jamil.sattler@deutscherueck.de

Bildquellen:

Titelbild © AdobeStock_355847776

DEUTSCHE RÜCKVERSICHERUNG AKTIENGESELLSCHAFT

Hansaallee 177

40549 Düsseldorf

Telefon +49 211 4554-01

info@deutscherueck.de

www.deutscherueck.de