GBA
Gemeinsamer Bundesausschuss

Tragende Gründe

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie: Überprüfung der Regelungen zur Krankengymnastik zur Behandlung von ZNS-Erkrankungen (KG-ZNS und KG-ZNS-Kinder)

Vom 19. November 2026

Inhalt

1. Rechtsgrundlage ... 3

2. Hintergrund ... 3

3. Methodisches Vorgehen ... 4

4. Würdigung der schriftlichen Expertenbefragung ... 6

4.1 Wirkprinzipien und Entwicklung des Therapiekonzepts ... 7

4.1.1 Wesentliche Wirkprinzipien der Vojta-Therapie ... 7

4.1.2 Entwicklung des therapeutischen Konzepts der Vojta-Therapie ... 8

4.2 Indikationen und Kontraindikationen zur Anwendung der Vojta-Therapie ... 9

4.2.1 Indikationen ... 9

4.2.2 Kontraindikationen ... 10

4.3 Durchführung der Vojta-Therapie ... 11

4.3.1 Elemente der Behandlung nach Vojta und Behandlungstechniken ... 11

4.3.2 Eigenständige Therapieform oder Therapie in Kombination ... 12

4.3.3 Rolle und Bedeutung der Bezugspersonen der Vojta-Therapie ... 12

4.3.4 Schulung von Bezugspersonen ... 13

4.4 Schädigungen, Nebenwirkungen und Langzeitfolgen ... 14

4.4.1 Mechanismen/Protokolle zur Dokumentation möglicher unerwünschter Wirkungen ... 14

4.4.2 Schädigungspotenzial in der unmittelbaren Anwendung der Vojta-Therapie ... 14

4.4.3 Risiko möglicher somatischer, psychischer oder sozialer Spätfolgen ... 15

4.4.4 Psychische Belastungen oder direkte Stressreaktionen der Vojta-Therapie ... 16

4.4.5 Veränderungen der Einschätzung psychischer Belastbarkeit von Säuglingen und Kindern sowie Bezugspersonen seit den 1950er bis 1970er Jahren gegenüber heute ... 16

4.5 Vergleich Vojta-Therapie vs. andere Therapien ... 17

4.5.1 Physiotherapeutische Alternativen zur Vojta-Therapie ... 17

4.5.2 Unterschiede zu den anderen Therapieverfahren ... 18

4.5.3 Vorteile der Vojta-Therapie gegenüber anderen Verfahren 19

5. Eckpunkte der Entscheidung 20

5.1 Änderungen in §§ 13 und 13a Heilmittel-Richtlinie 20

5.2 Änderung in § 19 Absatz 3 Heilmittel-Richtlinie 20

5.2.1 Änderung in Nummer 5 – Krankengymnastik Zentrales Nervensystem 20

5.2.2 Streichung der Nummer 6 und Anpassung der Nummer 7 23

5.3 Änderung im Verzeichnis der gebräuchlichen Abkürzungen im Heilmittelkatalog 23

6. Würdigung der Stellungnahmen 23

7. Bürokratiekostenermittlung 23

8. Verfahrensablauf 23

9. Fazit 24

1. Rechtsgrundlage

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) beschließt nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V zur Sicherung der ärztlichen Versorgung u.a. die Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie/HeilM-RL). Sie dient der Gewähr einer nach den Regeln der ärztlichen Kunst und unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten mit Heilmitteln. Der Anspruch der Versicherten auf Versorgung mit Heilmitteln im Rahmen der Krankenbehandlung ergibt sich aus § 27 Absatz 1 Satz 1 und 2 Nummer 3 i. V. m. § 32 SGB V. In der Heilmittel-Richtlinie regelt der GBA gemäß § 92 Absatz 6 Satz 1 SGB V unter anderem den Katalog verordnungsfähiger Heilmittel sowie die Zuordnung der Heilmittel zu den Indikationen.

Nach 1. Kapitel § 7 Absatz 4 Verfahrensordnung (VerfO) des GBA soll der GBA im Rahmen seiner Beobachtungspflicht überprüfen, welche Auswirkungen seine Entscheidungen haben und begründeten Hinweisen auf Überarbeitungsbedarfe nachgehen.

2. Hintergrund

In der Heilmittel-Richtlinie wird die Vojta-Therapie zusammen mit dem Bobath-Konzept im Bereich der Physiotherapie unter § 19 Absatz 3 Nummer 5 HeilM-RL explizit für Patientinnen und Patienten im Kindesalter mit Erkrankungen des Zentralen Nervensystems (ZNS) aufgeführt[1]. Für die Krankengymnastik (KG) bei Erwachsenen mit Erkrankungen des ZNS wird in § 19 Absatz 3 Nummer 6 HeilM-RL zusätzlich noch die Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation (PNF) genannt. Für die Durchführung dieser speziellen Krankengymnastik müssen die Therapeutinnen und Therapeuten eine zusätzliche, abgeschlossene Weiterbildung oder Fortbildung aufweisen.

Die Vojta-Therapie wurde zwischen den 1950er und 1970er Jahren von dem Neurologen und Neuropädiater Prof. Václav Vojta entwickelt. Das Vojta-Konzept geht davon aus, dass angeborene komplexe Bewegungsmuster durch gezielte Reize (z. B. Druckimpulse) in definierten Ausgangslagen reflektorisch aktiviert werden können, die sog. Reflexlokomotion mit den Elementen Reflexkriechen (in Bauchlage) und Reflexumdrehen (in Rücken- oder Seitenlage). Ziel ist gemäß den theoretischen Grundlagen des Konzepts die Bahnung physiologischer Bewegungen und Muskelfunktionen, die Verbesserung oder Wiederherstellung der Gleichgewichtsfunktionen, der Haltungskontrolle (posturale Kontrolle) sowie eine Besserung vegetativer Funktionen. Die Ausbildung pathologischer Bewegungsmuster und Ausweichbewegungen soll vermieden bzw. vermindert werden.

Die Vojta-Therapie wird bei zahlreichen Erkrankungen angewandt, insbesondere bei Schädigungen des zentralen und peripheren Nervensystems, neuromuskulären sowie muskulären Erkrankungen sowie Fehlentwicklungen und Erkrankungen des Bewegungsapparates.

Hinweisen aus der Versorgungspraxis zufolge können möglicherweise durch Behandlungen mit der Therapie nach Vojta Schädigungen bei Säuglingen und Kleinkindern entstehen. Aufgrund dieser Hinweise, die mit entsprechenden Erfahrungsberichten unterlegt waren, hat die Abteilung Fachberatung Medizin des GBA (FBMed) eine Zusammenfassung der Hinweise und Erfahrungsberichte bzgl. negativer Effekte durch die Behandlung mit der Vojta-Therapie

[1] Richtlinie des GBA über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung, in der Fassung vom 19. Mai 2011 veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 96 (S. 2247) vom 30. Juni 2011 in Kraft getreten am 1. Juli 2011 (in der Version mit Inkrafttreten vom 01.01.2025); verfügbar unter: https://www.g-ba.de/richtlinien/historie/3676/

aufbereitet[2]. Ergänzend wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt zu den Fragen, ob mit einer Therapie nach dem Vojta-Konzept möglicherweise ein bestimmtes Gefährdungspotenzial verbunden sei und ob altersunabhängig mögliche Spätfolgen der Therapie identifiziert werden können[3].

Auf Grundlage der vorliegenden Erkenntnisse kam der GBA zu dem Ergebnis, dass die Regelungen in der HeilM-RL zur Krankengymnastik zur Behandlung von Erkrankungen des zentralen Nervensystems (KG-ZNS und KG-ZNS-Kinder) mit Blick auf die Patientensicherheit überprüft werden sollen. Dementsprechend wurde in der Sitzung des GBA am 16. Januar 2025 ein Beratungsverfahren eingeleitet[4].

3. Methodisches Vorgehen

Vor dem in Kapitel 2 dargestellten Hintergrund wurde untersucht, ob die Therapie nach Vojta ein spezifisches Schädigungspotenzial birgt und altersunabhängige Spätfolgen dieser Therapie identifiziert werden können. Dabei lag der Schwerpunkt der Betrachtungen auf der Therapie gemäß Heilmittelkatalog (Diagnosegruppe ZN) von Erkrankungen des zentralen Nervensystems einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen.

Neben der durch die FBMed durchgeführten systematischen Literaturrecherche zur Frage, ob mit der Therapie möglicherweise ein Gefährdungspotential einhergeht, wurden die einschlägigen Organisationen, wie zur Stellungnahme berechtigten Verbände der Leistungserbringenden, medizinische und wissenschaftliche Fachgesellschaften befragt und um ihre Einschätzung gebeten. Zudem wurden auch Betroffenenverbände zur Gewinnung von Informationen und Einschätzungen aus dieser Perspektive befragt[5].

Für die schriftliche Expertenbefragung wurde ein Fragebogen[6] entwickelt, der insgesamt 16 Fragen zu den Themenkomplexen (vgl. Tabelle 1)

I Indikationen/Kontraindikationen,

II Schädigungen/Nebenwirkungen/Langzeitfolgen,

III zur Durchführung der Vojta-Therapie,

IV dem Vergleich von Vojta zu anderen Therapieformen sowie

V Wirkprinzipien/Entwicklung des Therapiekonzepts

adressierte. Zudem wurden die Sachverständigen aufgefordert, die Aussagen mit entsprechenden Literaturangaben zu belegen.

Zu den beantworteten Fragebögen erfolgte im Anschluss eine inhaltliche Prüfung, Einordnung und Auswertung der Antworten. Um die Inhalte zu strukturieren, wurden Auszüge bzw. Zusammenfassungen der Antworten erstellt. Die angegebene Literatur wurde durch die FBMed im Rahmen einer strukturierten Literaturauswertung für die jeweiligen Themenkomplexe aufbereitet und analysiert. Die jeweils angegebenen Literaturstellen wurden überprüft und

---

2 Stellungnahme der Fachberatung Medizin des GBA vom 04.08.2023. *Darstellung subjektiver Erfahrungen und Zusammenfassung der Hinweise bzgl. negativer Effekte durch die Behandlung mit der Vojta-Therapie*. Siehe Anlage D-5.1 Zusammenfassenden Dokumentation.

3 Stellungnahme der Fachberatung Medizin des GBA vom 27.06.2024. *Die Vojta-Therapie im Zusammenhang mit der Heilmittelrichtlinie als veranlasste Leistung bei KG ZNS Kinder und KG ZNS für Erwachsene*. Siehe Anlage D-5.2 Zusammenfassenden Dokumentation.

4 Beschluss des GBA vom 16.01.2025 über die Einleitung eines Beratungsverfahrens; verfügbar unter: https://www.g-ba.de/beschluesse/7035/

5 Verteiler der Expertenbefragung. Siehe Anlage D-2 Zusammenfassenden Dokumentation.

6 Fragebogen zur Überprüfung der Heilmittel-Richtlinie hinsichtlich der Regelungen zur Krankengymnastik zur Behandlung von ZNS-Erkrankungen. Siehe Anlage D-3 Zusammenfassenden Dokumentation.

hinsichtlich der Aussage und Evidenzstufe eingeordnet[7]. Die Zuordnung nach Evidenzstufen orientiert sich an der Bewertung therapeutischer Methoden gemäß 2. Kapitel § 11 VerfO[8] zur Klassifizierung und Bewertung von Unterlagen wie folgt:

Evidenzstufe I a – systematische Übersichtsarbeiten von Studien der Evidenzstufe I b,

Evidenzstufe I b – randomisierte klinische Studien,

Evidenzstufe II a – systematische Übersichtsarbeiten von Studien der Evidenzstufe II b,

Evidenzstufe II b – prospektive vergleichende Kohortenstudien,

Evidenzstufe III – retrospektive vergleichende Studien,

Evidenzstufe IV – Fallserien und andere nicht vergleichende Studien,

Evidenzstufe V – Assoziationsbeobachtungen, pathophysiologische Überlegungen, deskriptive Darstellungen, Einzelfallberichte, nicht mit Studien belegte Meinungen anerkannter Expertinnen und Experten, Berichte von Expertenkomitees und Konsensuskonferenzen.

Für zitierte Leitlinien wurde die Klassifikation nach der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) angegeben. Bücher bzw. angeführte Buchkapitel lassen sich nicht unter die Evidenzstufen I bis IV einordnen, sodass ihnen die Evidenzstufe V zugeordnet wurde. Damit ist jedoch keine Bewertung der Qualität oder des fachlichen Niveaus der jeweiligen Abhandlung verbunden.

Tabelle 1: Zuordnung der Hauptfragestellungen zu Themenkomplexen

Hauptfragestellungen		Themenkomplex
1.	Welche wesentlichen Wirkprinzipien liegen Ihrer fachlichen Ansicht nach der Vojta-Therapie zugrunde?	**V**
2	Hat sich das Konzept der Vojta-Therapie Ihrer fachlichen Ansicht nach seit der Entwicklung in den 1950er bis 1970er Jahren in wesentlichen therapeutischen Aspekten verändert?	**V**
3.	Wird die Vojta-Therapie heute noch als eigenständige Therapieform angewandt, oder wird sie in der Praxis zunehmend mit anderen Konzepten kombiniert?	**III**
4.	Bei welchen Erkrankungen des zentralen Nervensystems (einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen) sollte Ihrer fachlichen Ansicht nach die Vojta-Therapie angewendet werden?	**I**
5.	Gibt es Ihrer fachlichen Ansicht nach Kontraindikationen bei der Anwendung der Vojta-Therapie bei Erkrankungen des zentralen Nervensystems (einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen)?	**I**
6.	Welche konkreten Elemente der Behandlung oder Behandlungstechniken sind Ihrer fachlichen Ansicht nach bei der Durchführung der Vojta-Therapie bei Erkrankungen des zentralen Nervensystems (einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen) unbedingt erforderlich?	**III**
7.	Gibt es Ihrer fachlichen Ansicht nach physiotherapeutische Behandlungsalternativen zur Therapie nach Vojta bei Erkrankungen des zentralen Nervensystems?	**IV**
8.	Welche Rolle/Bedeutung haben Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige) Ihrer fachlichen Ansicht nach im Behandlungskonzept der Vojta-Therapie und nach welchen Entscheidungskrite-rien/Kontraindikationen werden Bezugspersonen aktiv in die Behandlung einbezogen (z. B. selbstständige Durchführung im häuslichen Umfeld)?	**III**

[7] Stellungnahmen der Fachberatung Medizin des GBA vom 01.08.2025 (Themenkomplex I), 08.08.2025 (Themenkomplex II), 29.08.2025 (Themenkomplex III), 17.09.2025 (Themenkomplex IV) und 25.11.2025 (Themenkomplex V). Siehe Anlagen zur Zusammenfassenden Dokumentation, Kapitel D-5.

[8] Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA). Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses, zuletzt geändert am 15. Mai 2025 [online]. Berlin (GER): GBA; 2025. [Zugriff: 03.11.2025]. URL: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3957/VerfO_2025-05-15_iK_2025-10-22.pdf

– Fortsetzung Tabelle 1 –

Hauptfragestellungen	Themenkomplex
9. Wie erfolgt die Schulung von Bezugspersonen (z. B. Eltern, weiteren Angehörigen), welche die Vojta-Therapie im häuslichen Umfeld regelmäßig anwenden, insbesondere hinsichtlich korrekter Durchführung, Aufklärung über Risiken, erwünschte und unerwünschte Wirkungen sowie dem Umgang mit Unsicherheiten oder Überforderung? Wie erfolgt die individuelle Überprüfung, Anpassung und Dokumentation im Verlauf einer langfristigen Behandlung?	**III**
10. Welche Mechanismen oder Protokolle existieren, um mögliche unerwünschte Wirkungen frühzeitig und auch im Langzeitverlauf zu erkennen und zu dokumentieren?	**II**
11. Welche wesentlichen Unterschiede bestehen Ihrer fachlichen Ansicht nach gegenüber anderen Therapien, die im Rahmen der ambulanten Heilmittelversorgung gemäß Heilmittel-Richtlinie zur Behandlung von Erkrankungen des zentralen Nervensystems angewendet werden (z. B. Bobath)?	**IV**
12. Bestehen Ihrer fachlichen Ansicht nach Vorteile der Vojta-Therapie gegenüber anderen Therapien, die im Rahmen der ambulanten Heilmittelversorgung gemäß Heilmittel-Richtlinie zur Behandlung von Erkrankungen des zentralen Nervensystems angewendet werden?	**IV**
13. Besteht Ihrer fachlichen Ansicht nach bei der unmittelbaren Anwendung der Vojta-Therapie bei Säuglingen und Kindern ein daraus folgendes Schädigungspotenzial?	**II**
14. Besteht Ihrer fachlichen Ansicht nach bei der Anwendung der Vojta-Therapie bei Säuglingen und Kindern das Risiko möglicher somatischer, psychischer oder sozialer Spätfolgen (ggf. bis ins Erwachsenenalter reichend)?	**II**
15. Welche psychischen Belastungen oder direkten Stressreaktionen können Ihrer fachlichen Ansicht nach bei der Durchführung der Vojta-Therapie entstehen?	**II**
16. Hat sich die fachliche Einschätzung hinsichtlich der psychischen Belastbarkeit von Säuglingen und Kindern so-wie Bezugspersonen seit der Entwicklung der Vojta-Therapie in den 1950er bis 1970er Jahren gegenüber heute verändert und falls ja, inwiefern hat dies Auswirkungen auf die Art und Weise, mit der die Vojta-Therapie aktuell durchgeführt wird?	**II**

Themenkomplexe
I – Indikationen/Kontraindikationen
II -– Schädigungen/Nebenwirkungen/Langzeitfolgen
III – zur Durchführung der Vojta-Therapie
IV – dem Vergleich von Vojta zu anderen Therapieformen
V – Wirkprinzipien/Entwicklung des Therapiekonzepts

4. Würdigung der schriftlichen Expertenbefragung

Die Befragung wurde in dem Zeitraum vom 29. April 2025 bis 10. Juni 2025 durchgeführt. Insgesamt wurden 36 Organisationen, Verbände der Leistungsgerbringenden, wissenschaftliche Fachgesellschaften und Organisationen Betroffener, die einen fachlich-inhaltlichen Bezug zu neurophysiologischen Therapien entsprechend KG-ZNS-Kinder und KG-ZNS und insbesondere zur Vojta-Therapie haben, zu der schriftlichen Beantwortung des Fragbogens eingeladen. Es wurden dem GBA insgesamt 17 beantwortete Fragebögen, eine Stellungnahme und fünf unaufgeforderte Eingaben nebst Literaturangaben übermittelt.

Ziel der schriftlichen Befragungen war es, weitere fachliche Informationen zu der Therapieform, möglichen Schädigungen, der tatsächlichen Versorgungspraxis sowie zum Konzept der Vojta-Therapie zu erhalten.

Grundsätzlich zeigte sich in der Auswertung der Fragebögen, dass für viele Anwendungsbereiche keine ausreichende Evidenz für die Wirksamkeit der Vojta-Therapie vorliegt. Die Methode werde insbesondere in internationalen Leitlinien nicht empfohlen und es bestünde gegenüber anderen Therapieverfahren kein belegter Vorteil. Offen blieb, inwieweit die Evidenzlage vorwiegend durch das Fehlen von Studien bedingt ist oder dadurch, dass in guten Studien keine Evidenz für Wirksamkeit gefunden wurde. In diesem Zusammenhang wurde darauf hingewiesen, dass Studien mit einem hohen Evidenzniveau kaum zu realisieren seien.

Im Folgenden werden die Rückmeldungen aus der schriftlichen Expertenbefragung zu den einzelnen Themenkomplexen zusammenfassend dargestellt und gewürdigt.

4.1 Wirkprinzipien und Entwicklung des Therapiekonzepts

Der Themenkomplex V zu „Wirkprinzipien/Entwicklung Therapiekonzept“ umfasste die Fragen 1 und 2 (vgl. Tabelle 1 sowie Stellungnahme der FBMed des GBA vom 25.11.2025)[9]. In den Tabellen 2 und 3 sind die Evidenzstufen der zitierten Literatur hierzu abgebildet.

4.1.1 Wesentliche Wirkprinzipien der Vojta-Therapie

In einem Teil der Rückmeldungen wird - in Übereinstimmung mit den theoretischen Grundlagen des Vojta-Konzepts - davon ausgegangen, dass die Vojta-Therapie auf der sogenannten Reflexlokomotion und somit der Auslösung von Bewegungsmustern tonischer Muskelkontraktionen durch prolongierte Stimulation von Druckpunkten basiert. Die Reflexlokomotion wird auf die Annahme der Koordination einzelner Bewegungsantworten in einem phylogenetisches „Lokomotionszentrum“ im Hirnstamm zurückgeführt. Diese Lokomotionsvorgänge würden auf genetisch determinierten spinalen Schaltkreisen, dem sogenannten zentralen Bewegungsmustergenerator (central pattern generator, CPG) beruhen. Propriozeptive Hautafferenzen beeinflussen den CPG und dadurch die Anpassung der Bewegungsmuster. In der motorischen Entwicklung oder Rehabilitation wird auf motorische Muster, die genetisch im zentralen Nervensystem verankert sind, zugegriffen, ohne dass es willentlicher oder aufgeforderter Aktivität bedarf. Ziel sei dabei die Aktivierung der Spontanmotorik, die im zentralen Nervensystem (ZNS) gespeichert werde und später zur Verfügung stünde.

Ferner würden die Erkenntnisse zum hierarchischen Aufbau der Netzwerke supraspinaler Lokomotionszentren auf Tierexperimenten basieren. Eine Übertragbarkeit auf Menschen sei auf Sicht mancher Expertinnen und Experten unklar.

Einige der Expertinnen und Experten kommen zu der Auffassung, dass das Wirkprinzip der Vojta-Therapie nicht bekannt sei oder auf einem unbewiesenen und mit aktuellen entwicklungs-neurologischen Kenntnissen nicht zu vereinbarenden reflexphysiologischen Ansatz beruht. Darüber hinaus seien die therapeutischen Effekte über die hohe Therapieintensität zu begründen.

Inwiefern Unterschiede in den Wirkprinzipien zwischen Säuglingen und Kindern sowie Erwachsenen bestehen, wird uneinheitlich beantwortet. Viele der Expertinnen und Experten leiten aufgrund der unbekannten Wirkmechanismen keine Unterschiede zwischen Kindern und Erwachsenen ab.

Die Vojta-Therapie wird in allen Altersgruppen nach vergleichbaren methodischen Prinzipien angewendet, wobei die Übertragung dieser Prinzipien auf Erwachsene auch kritisiert wird. Entscheidend sei in jedem Alter die Frühbehandlung, denn sobald sich eine starke Ersatzmotorik ausgeprägt habe, werde der Zugang zu den physiologischen Mustern erschwert.

Unterschiede ergeben sich nach Auffassung der Expertinnen und Experten in der Zielsetzung und Behandlung. Im Kindesalter wird die Neuroplastizität des ZNS genutzt, während bei Erwachsenen auf physiologische Muster zugegriffen wird. Aufgrund der höheren Neuroplastizität bei Kindern werden mittels Vojta-Therapie bessere Therapieeffekte erreicht. Ferner sei die psychische Strukturreife bei Säuglingen und Kleinkindern noch nicht vorhanden, weshalb die Eindrücke sich im emotionalen Gedächtnis einprägen und nicht als „therapeutisch“ verstanden werden können. Es besteht das Risiko der Überforderung, Affektdesintegration und

[9] Stellungnahmen der Fachberatung Medizin des GBA vom 25.11.2025 (Themenkomplex V); siehe Anlage zur Zusammenfassenden Dokumentation, Kapitel D-5.7.

Irritation der frühen Objektbeziehungserfahrung. Hinzu kommt, dass bei Säuglingen zur Aktivierung der Reflexe eine Zone ausreichend ist, während bei älteren Kindern und Erwachsenen die Aktivierung von mehreren Zonen notwendig ist.

Darüber hinaus können Unterschiede je nach Einbindung der Bezugspersonen, Interaktion mit der Patientin oder dem Patienten sowie der Therapieintensität entstehen.

Zudem wurden in den Antworten der Stellungnehmenden Bücher aus dem Bereich der Neurowissenschaften, der Entwicklungsneurologie und Neuropädiatrie und der Neuroanatomie zitiert.

Tabelle 2: Evidenzstufen der zitierten Literatur zu Hauptfragestellung 1 (Wirkprinzipien)

Evidenzstufe	Quellen	Autor (Jahr)
Ia	1	Orton et al. (2024)
Ia/IIa	2	Novak et al. (2013, 2020)
IIa	2	Igual Blasco et al. (2023), Sánchez-González et al. (2024)
Ib	11	Epple et al. (2020), Ha & Sung (2022), Jung et al. (2017), Kavlak et al. (2022), Perales-López et al. (2024), Sánchez-González et al. (2023), Sung & Ha (2020), Sanz-Esteban et al. (2021a, 2021b), Torró-Ferrero et al. (2022a, 2022b)
Ib/IIb	2	Ha & Sung (2016, 2018)
IIb	6	Hok et al. (2017, 2019), Pérez-Robledo et al. (2022), Ptak et al. (2022), Sanz-Esteban et al. (2018), von Reumont (2012)
IV	9	Carratalá-Tejada et al. (2022), Gajewska et al (2018), Giannantonio et al. (2010), Jahn et al. (2008), Kanda et al. (2004), Kümin et al. (2023), Laufens et al. (1999), Martinek et al. (2022), Porro et al. (1996)
V	24	Bear et al. (2009), Brown (1911), Cramer & Chopp (2000), Ha & Sung (2021), Hadders-Algra (2018), Hedberg et al. (2004), Hummelsheim & Mauritz (1983), Lim & Kim (2013), Massion (1992), Michaelis &Niemann (2010), Minassian (2017, 2023), Murphy & Corbett (2009), Pekna et al. (2012), Rossignol et al. (2006), Trepel (1999), Takakusaki et al. (2013, 2016), Vojta (1968, 1981, 2018), Vojta & Peters (2007), Zalpour (2010)
SP zu Ib	1	Menéndez-Pardiñas et al. (2023)
k.A.	3	Jackmann et al. (2022) [*entspräche S3-LL*], Kellner & Meiners (2014), Morgan et al. (2021) [*entspräche Se2-LL*]

SP-Studienprotokoll, k.A.–Evidenzstufe nicht bewertbar

4.1.2 Entwicklung des therapeutischen Konzepts der Vojta-Therapie

Zu der fachlichen Einschätzung, ob sich nach der ursprünglichen Entwicklung der Vojta-Therapie die wesentlichen therapeutischen Aspekte im Laufe der Zeit verändert haben, führten die Expertinnen und Experten mehrheitlich aus, dass eine Modifikation entsprechend des wissenschaftlichen Erkenntnisstands grundsätzlich nicht erfolgte. Die Kernidee der Vojta-Therapie die Reflexlokomotion und die zentrale Annahme, dass durch gezielte Stimulation afferenter Bahnen elementare motorische Bewegungsmuster gebahnt werden können, bleibt unverändert als Grundlage bestehen. Es wird vereinzelt darauf hingewiesen, dass das Paradigma einer strikt hierarchisch chronologischen kindlichen Entwicklung nach wissenschaftlichen Erkenntnissen heute nicht mehr haltbar ist. So scheint es, dass neue wissenschaftliche Erkenntnisse und evidenzbasierte Therapieansätze im Vojta-Konzept weitgehend kaum Berücksichtigung finden.

Aus den Rückmeldungen konnte eine kontroverse Auseinandersetzung zur Detailfrage, ob die Behandlung nach dem Vojta-Konzept dem heutigen allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht, beobachtet werden. Grundsätzlich wird auf den weiterhin ungeklärten Wirkmechanismus verwiesen, für den keine wissenschaftlichen Belege existieren

und somit dem aktuellen klinischen Stand widersprechen würde. Es sei keine Modifikation entsprechend dem wissenschaftlichen Erkenntnisstand erkennbar.

Auf der anderen Seite wird angeführt, dass die Prinzipien der Vojta-Therapie mit den Erkenntnissen der Neurophysiologie sowie anderen Fachdisziplinen übereinstimmen und neuere Erkenntnisse in die Weiterbildung zur Vojta-Therapie integriert würden. Das Konzept der Therapie basiere auf frühkindlicher Spontanmotorik und -reaktionen sowie Lagereaktionen der Kinder und bilde somit den aktuellen medizinischen Erkenntnisstand ab.

Ferner wird in den Antworten vereinzelt adressiert, dass die Vojta-Therapie in der kombinierten Anwendung mit anderen Verfahren durchgeführt werde, es hierbei noch zu klären gelte, inwieweit Therapiekombinationen positive Effekte aufweisen können.

Tabelle 3: Evidenzstufen der zitierten Literatur zu Hauptfragestellung 2 (Weiterentwicklung der Vojta-Therapie)

Evidenzstufe	Quellen	Autor (Jahr)
IIa	1	Sánchez-González et al. (2024)
Ib	1	Epple et al. (2020)
IIb	1	Hok et al. (2017)
III	1	Thiessen-Hutter (1982)
IV	1	Giannantonio et al. (2010)
V	24	Ackermann et al. (2022), Banaszek (2004), Braun (2004), Brazelton (2008), Hadders-Algra et al. (2008), Hadders-Algra (2018), Hammerschmidt & Koch (2018), Hirschfeld (2007), Ohrt (2006, 2017), Reddy et al. (2013), Roth & Eggle (2016), Schlack (1998), Schmidt et al. (2019), Shumway-Cook (2017), Skaličková–Kováčiková (2010, 2020, 2023), Strüber (2016, 2019), Vojta (1988, 2008), Vojta & Peters (2007), Vojta & Schweizer (2009), Wulf (2009)
S2e-Leitlinie	1	DMGP (2024)

4.2 Indikationen und Kontraindikationen zur Anwendung der Vojta-Therapie

Der Themenkomplex I zu „Indikationen und Kontraindikationen“ umfasste die Fragen 4 und 5 (vgl. Tabelle 1 sowie die Stellungnahme der FBMed des GBA vom 01.08.2025)[10]. In den Tabellen 4 und 5 sind die Evidenzstufen der zitierten Literatur hierzu abgebildet.

4.2.1 Indikationen

Die Vojta-Therapie wird basierend auf den Antworten der Expertenbefragung bei Säuglingen und Kindern vor allem bei zentralen neurologischen Erkrankungen wie der Zerebralparese, Spina bifida oder bei Hirnblutungen angewendet. Zusätzlich könne sie bei Lähmungen und hypotonen Störungen oder Entwicklungsstörungen indiziert sein. Darüber hinaus wurden (neuro-)orthopädische Erkrankungen (beispielsweise Skoliose und Hüftdysplasie), periphere neurologische Störungen (beispielsweise Plexusparese) sowie Atem- und Schluckstörungen benannt, bei denen die Vojta-Therapie angewendet werden könnte. Aus den Antworten ist vereinzelt auch erkennbar, dass grundsätzlich keine Indikationen für die Anwendung einer Vojta-Therapie gesehen werden.

Bei Erwachsenen sollte die Vojta-Therapie, nach Auffassung einiger Expertinnen und Experten, insbesondere bei entzündlichen sowie degenerativen neurologischen Erkrankungen (beispielsweise Multipler Sklerose und Parkinson) sowie vaskulären Ereignissen (beispielsweise bei Schlaganfall) angewendet werden. Weiterhin werden neuromuskuläre und orthopädische Erkrankungen (beispielweise Bandscheibenvorfälle, Skoliose sowie Querschnittsverletzungen)

[10] Stellungnahmen der Fachberatung Medizin des GBA vom 01.08.2025 (Themenkomplex I); siehe Anlage zur Zusammenfassenden Dokumentation, Kapitel D-5.3.

als mögliche Indikationen gesehen. Es wird zudem angeführt, dass eine Nennung geeigneter Indikationen zur Anwendung der Therapieform aufgrund nicht ausreichender wissenschaftlicher Erkenntnisse kritisch zu betrachten sei.

Tabelle 4: Evidenzstufen der zitierten Literatur zu Hauptfragestellung 4 (Indikationen)

Evidenzstufe	Quellen	Autor (Jahr)
Ia	2	Novak et al. (2013, 2020)
Ib	5	Jung et al. (2017), Angelova et al. (2020), Epple et al. (2020), Torró-Ferrero et al. (2022a, 2022b)
Ib/IIb	3	Gomez-Conesa et al. (2015), Ha & Sung (2016, 2018)
IIa	4	Igual Blasco et al. (2023), Sánchez-González et al. (2024a, 2024b), Abdelhamed et al. (2024)
IIb	2	Imamura et al. (1983), Von Reumont (2012)
III	1	Hohendahl et al. (2023)
IV	5	Giannantonio et al. (2010), Qian et al. (2024, 2025), Carratalá Tejada et al. (2023), Laufens et al. (1999)
V	4	Lim & Kim (2013), Czajkowska et al. (2019), Argier (2023), Frommelt et al. (2024)
S3 Leitlinie	3	DGSPJ (geplante Fertigstellung: 01.07.2025), DEGAM (2020), DGNR (2022)
S2k Leitlinie	1	DGN & DGNR (2023)
Se2 Leitlinie	1	ReMoS Arbeitsgruppe (2015)
SP zu Ib	1	Menendez-Pardinas et al. (2023)
k.A.	1	Kellner & Meiners (2014)

SP-Studienprotokoll, k.A.–Evidenzstufe nicht bewertbar

4.2.2 Kontraindikationen

Bei Säuglingen und Kindern gelten nach Einschätzung der Expertinnen und Experten fieberhafte Infekte, entzündliche Erkrankungen, Tumorerkrankungen sowie kurze Zeiträume nach Impfungen (bis 14 Tage) als generelle Kontraindikationen. Zudem werden auf den starken Widerstand des Kindes (beispielsweise in Form von Weinen, Schreien), psychische Erkrankungen der Bezugsperson, eine gestörte Eltern-Kind-Beziehung oder der Verdacht auf Kindesmisshandlung hingewiesen, die gegen die Anwendung der Vojta-Therapie sprechen könnten. Als relative Kontraindikation könnte auch eine mangelnde Compliance oder fehlende Unterstützung durch die Bezugsperson betrachtet werden.

Bei Erwachsenen sehen einige Fachgesellschaften keine Kontraindikationen für die Anwendung der Vojta-Therapie. Andere benennen jedoch ebenfalls allgemeine somatische Kontraindikationen sowie akute Schädigungen des zentralen oder peripheren Nervensystems. Die Anwendung in der Schwangerschaft wird insgesamt abgelehnt. Auch bei den Erwachsenen wurde als relative Kontraindikation die mangelnde Akzeptanz durch die Patientin bzw. den Patienten angeführt.

Tabelle 5: Evidenzstufen der zitierten Literatur zu Hauptfragestellung 5 (Kontraindikationen)

Evidenzstufe	Quellen	Autor (Jahr)
Ib	1	Epple et al. (2020)
V	5	Jacobi et al. (2001), Vojta (1981), Vojta & Peters (2007), Zalpour (2010), Schellhammer (2012)
Klinische Leitlinie	1	Morgan et al. (2021) *[Hinweis: Klinische LL entspräche S2e LL]*

4.3 Durchführung der Vojta-Therapie

Der Themenkomplex III zu „Durchführung“ umfasste die Fragen 3, 6, 8 und 9 (vgl. Tabelle 1 sowie Stellungnahme der FBMed des GBA vom 29.08.2025)[11]. In den Tabellen 6 bis 8 sind die Evidenzstufen der zitierten Literatur hierzu abgebildet.

4.3.1 Elemente der Behandlung nach Vojta und Behandlungstechniken

Als grundlegend erforderliche Bestandteile der Vojta-Therapie bei Erkrankungen des zentralen Nervensystems, einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen wurden unter anderem

- Anamnese, Befundung sowie Erarbeitung von Zielen gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten, Aufklärung, Therapieplanung,
- klar definierte Auslösezonen sowie definierte Ausgangsstellung (Bauch-, Seiten-, Rückenlage) und Kenntnisse der „Reflexlokomotion“,
- eine Mindestintensität an afferenter Stimulation,
- Erkennen von Ausweich-/Ersatzmustern und Anpassungen der Therapie bzw. regelmäßige Verlaufskontrollen sowie
- Anleitung von Eltern/Bezugspersonen zur eigenständigen Durchführung

benannt. Die Durchführung erfolge durch zertifizierte Vojta-Therapeutinnen und Vojta-Therapeuten, welche die Übungen befundgerecht variieren und an die jeweilige Situation anpassen. Es wurde aus den Antworten vereinzelt deutlich, dass keine Bestandteile der Vojta-Therapie unbedingt erforderlich seien, da hierzu keine ausreichende Evidenz vorläge oder diese Therapieform weder theoretisch noch praktisch als belegt oder indiziert anzusehen sei.

Unterschiede in der Behandlung von Säuglingen/Kindern und Erwachsenen wurden hinsichtlich des Einbezugs von Eltern bzw. Bezugspersonen, der Kommunikation und therapeutischen Herangehensweise, der therapeutischen Zielsetzungen, den Grifftechniken und Ausgangsstellungen sowie der Behandlungsintensität und -frequenz benannt. Dementgegen steht die Einschätzung, dass keine wesentlichen Unterschiede bestünden.

Auch die Bezugspersonen wurden als ein Bestandteil der Vojta-Therapie genannt. Welchen Anteil Bezugspersonen (zum Beispiel Eltern, Angehörige) und Physiotherapeutinnen und -therapeuten in der Therapie bei Säuglingen und Kindern dabei haben, wurde in der Expertenbefragung heterogen beantwortet. Diese sei abhängig von der jeweiligen Therapiesituation und, ob die Durchführung regelmäßig in der Praxis erfolge. Entsprechend der ärztlichen Verordnung werde in eigener Verantwortung die Entscheidung zur individuellen Gestaltung und Dosierung der Therapie durch die Therapeutinnen und Therapeuten getroffen. Die Anleitung von Bezugspersonen und deren Anteil an der Behandlung würde fallbezogen festgelegt und orientiere sich am Behandlungsfortschritt, den Möglichkeiten der Bezugspersonen und dem häuslichen Umfeld. Die regelmäßige Supervision der Bezugsperson durch die Vojta-Therapeutin oder den Vojta-Therapeuten wurde dabei als notwendig erachtet.

Zu berücksichtige sei jedoch, dass die Rolle der Eltern als „Co-Therapeuten“, die das eigene Kind unangenehmen Situationen aussetzen, vereinzelt als besonders kritisch angesehen wird. Durch eine mehrfach tägliche Therapie würden Eltern angehalten, den Behandlungserfolg zu gewährleisten. Bei Nichterfüllung im häuslichen Umfeld könne so ein schlechtes Gewissen und die Sorge, für schlechtere Therapierergebnisse verantwortlich zu sein, entstehen.

[11] Stellungnahme der Fachberatung Medizin des GBA vom 29.08.2025 (Themenkomplex III); siehe Anlage zur Zusammenfassenden Dokumentation, Kapitel D-5.5.

Auf die Frage nach dem Anteil bei der Behandlung durch Bezugspersonen und Physiotherapeutinnen und -therapeuten bei Erwachsenen wurde mehrheitlich dahingehend geantwortet, dass die Einbindung von Bezugspersonen bei Erwachsenen in Deutschland nicht geläufig bzw. selten sei und erfolge, ausnahmsweise dann, wenn keine ausreichende Dosierung über die ambulante Therapie möglich sei. Die Vojta-Therapie werde vielmehr von Physiotherapeutinnen und -therapeuten in der Praxis oder als Hausbesuch durchgeführt. Es wurde auch angegeben, dass häufig keine Bezugspersonen für die häusliche Umsetzung vorhanden seien.

Tabelle 6: Evidenzstufen der zitierten Literatur zu Frage 6 (Elemente der Behandlung/Behandlungstechniken)

Evidenzstufe	Quellen	Autor (Jahr)
Ib	1	Jung et al. (2017)
V	1	Bernhardt et al. (2017)

4.3.2 Eigenständige Therapieform oder Therapie in Kombination

Die Mehrzahl der Experten gab an, dass die Vojta-Therapie in Kombination mit anderen Therapieformen angewendet würde. Als therapeutisch sinnvoll wurde insbesondere die Kombination mit Bobath, Manueller Therapie/manualtherapeutischen Techniken und Osteopathie, eingeschätzt. Dennoch wird die Vojta-Therapie auch als eigenständige Therapieform angesehen.

Explizit für Säuglinge und (Klein-)Kinder wurden weitere Maßnahmen zur Kombination mit Vojta genannt, wie beispielsweise Vibrationstherapie nach Galileo, Castillo-Morales Konzept, Elternanleitung/-beratung wie Eltern-Säuglings-Kleinkind-Beratung. Vereinzelt wird die Auffassung vertreten, dass eine reine Vojta-Therapie nur ausnahmsweise indiziert sei.

Weitere - zum Teil auch außerhalb der Heilmittel-Richtlinie liegende - Therapieformen, die in Kombination mit der Vojta-Therapie genannt wurden, waren beispielsweise Krafttraining und Laufbandtraining sowie der Einsatz im interdisziplinären Setting (wie Logopädie), unter anderem mit Maßnahmen der Frühförderung, aber auch Motopädie und Heilpädagogik. Darüber hinaus wurden Angaben zum Einsatz im stationären Bereich gemacht, beispielsweise vor einer aktivierenden Pflegeeinheit oder zur Verbesserung der Nahrungsaufnahme in der Neonatologie. Zudem wurde auch die Kombination von Vojta-Therapie mit der Laufbandtherapie bei Multipler Sklerose angeführt.

Tabelle 7: Evidenzstufen der zitierten Literatur zu Frage 3 (Eigenständige oder kombinierte Vojta-Therapie)

Evidenzstufe	Quellen	Autor (Jahr)
Ia	3	Pollock et al. (2007, 2014), Stroke Unit Trialists Collaboration (2013)
Ib	1	Epple et al. (2020),
Ib/IIb	1	Parau et al. (2023)
IIa	2	Sanchez et al. (2022), Sanchez-González et al. (2024)
IIb	1	von Reumont (2012)
IV	6	Laufens et al. (1999, 2004), Lennon et al. (2001), Ungureanu et al. (2022), Zmyślna et al. (2019), Żurawski et al. (2019)
V	5	Bernhardt & Cramer (2013), Donnan (2013), van Hedel (2012), Walker et al. (2013), Zukunft-Huber (2025)

4.3.3 Rolle und Bedeutung der Bezugspersonen der Vojta-Therapie

Die Mehrheit der befragten Expertinnen und Experten gab an, dass in der Behandlung von Säuglingen und Kindern die Eltern bzw. Bezugspersonen eine zentrale Bedeutung bei der Umsetzung der Vojta-Therapie einnehmen würden. Sie seien zudem aktiv an der Entwicklungsförderung der Kinder beteiligt, insbesondere durch die tägliche mehrmalige Durchführung in

der Häuslichkeit. Dabei wird eine gezielte Elternanleitung sowie ausreichende Compliance der Bezugspersonen als notwendig für den Therapieerfolg erachtet.

Es wurde auch angemerkt, dass die Durchführung der Vojta-Therapie eine beträchtliche Anforderung an die Bezugsperson und auch das Kind stelle, die von den Therapeutinnen und Therapeuten verantwortungsvoll begleitet und unterstützt werden müsse. Dabei sei es aus Sicht der Expertinnen und Experten notwendig, dass Bezugspersonen geistig und körperlich in der Lage seien, die Vojta-Therapie zu verstehen, korrekt anzuwenden und Kontraindikationen zu erkennen. Als Kontraindikationen für die Durchführung der Vojta-Therapie durch Bezugspersonen wurden Auffälligkeiten in der Eltern-Kind-Beziehung, psychische Auffälligkeit der Bezugsperson oder Schwierigkeiten in der Umsetzung benannt. Personen, die mit Anstrengung, Weinen oder der Dosierung der Therapie nicht umgehen können, seien für eine Umsetzung der Vojta-Therapie hingegen nicht geeignet.

Hinterfragt wurde auch, inwiefern die Vojta-Therapie grundsätzlich durch Bezugspersonen durchgeführt werden sollte, da sie den Grundsätzen einer familienorientierten Förderung widersprächen.

Bei erwachsenen Patientinnen und Patienten würden Bezugspersonen kaum oder in Einzelfällen in die Therapie eingebunden. Sofern sie benötigt werden, nehmen sie unabhängig vom Alter der Patientinnen oder Patienten, eine wichtige Rolle in der Behandlung ein.

Tabelle 8: Evidenzstufen der zitierten Literatur zu Frage 8 (Bezugspersonen)

Evidenzstufe	Quellen	Autor (Jahr)
V	4	Schlack (2015), Sarimski et al. (2021), CanChild (2025), IFK (ohne Jahr)

4.3.4 Schulung von Bezugspersonen

Die Durchführung von Schulungen der Bezugspersonen wurde von den Befragten für Säuglinge/Kinder und Erwachsene unterschiedlich eingeschätzt. So wurde unter anderem ausgeführt, dass die Schulung der Bezugspersonen individuell und spezifisch erfolge und auch auf die Expertise der Vojta-Fachgesellschaften hingewiesen. Die Anleitung der Bezugspersonen sei ein wichtiger und im Ausbildungscurriculum festgelegter Bestandteil der Weiterbildung. Die Schulung erfolge schrittweise und in jeder Behandlungseinheit gemäß individuellem Behandlungsplan. Dies gelte sowohl bei der Behandlung von Kindern als auch von Erwachsenen. Zudem wurde angegeben, dass sich Therapeutinnen und Therapeuten von der Durchführbarkeit der Übungen im häuslichen Umfeld überzeugen müssen. Die Schulung der Bezugspersonen, die Überprüfung der korrekten Durchführung und die Aufklärung läge im Verantwortungsbereich der Therapeutinnen und Therapeuten.

Bezüglich der Schulung von Bezugspersonen zur Anwendung der Vojta-Therapie bei Säuglingen und Kindern werde durch die Vojta-Therapeutinnen und -Therapeuten auf mögliche Fehlerquellen in der Umsetzung sowie Überlastungszeichen des Kindes hingewiesen. Das häufige Schreien im Säuglings- und Kleinkindalter werde hier als Ausdruck des neuronalen Aktivierungszustandes und der Anstrengung in der Therapie gedeutet, weshalb eine gute Interaktion und Kommunikation mit dem Kind entscheidend und ein wichtiger Bestandteil der Weiterbildung sei. An weiteren Inhalten zur Schulung der Bezugspersonen wurden regelmäßige Supervisionen mit Beschreibung erwartbarer motorischer Reaktionen, praktische Anleitung der Eltern unter Berücksichtigung ihrer Kompetenzen oder Anleitung der Techniken an einer Lehrmittel-Puppe genannt. Es wird weiterhin ausgeführt, dass im Rahmen der Ausbildung die Therapeutinnen und Therapeuten angeleitet werden, wie die Dokumentation erfolgen solle, zum Beispiel in sozialpädiatrische Zentren oder bei stationärer/ambulanter Behandlung. Dies umfasse auch die Befragung der Eltern. Einmal wurde ausgeführt, dass keine Aufklärung über Risiken, Abbruchszeichen oder unerwünschte Folgen stattfinden würde.

Da Bezugspersonen zur Anwendung der Vojta-Therapie bei Erwachsenen deutlich seltener zum Einsatz kommen, würden diese unter regelmäßiger ambulanter Kontrolle von den Vojta-Therapeutinnen und -Therapeuten angeleitet.

4.4 Schädigungen, Nebenwirkungen und Langzeitfolgen

Der Themenkomplex II zu „Schädigungen/Nebenwirkungen/Langzeitfolgen“ umfasste die Fragen 10, 13, 14, 15 und 16 (vgl. Tabelle 1 sowie die Stellungnahme der FBMed des GBA vom 08.08.2025 (Themenkomplex II)[12]. In den Tabellen 9 bis 13 sind die Evidenzstufen der zitierten Literatur hierzu abgebildet.

4.4.1 Mechanismen/Protokolle zur Dokumentation möglicher unerwünschter Wirkungen

In den Rückmeldungen, ob bei der Anwendung der Vojta-Therapie durch Physiotherapeutinnen und -therapeuten eine Dokumentation zu Komplikationen oder unerwünschten Wirkungen erfolge, wurde häufig angegeben, dass eine einrichtungsspezifische Dokumentation vorgenommen werde. Zudem wurde auf gesetzlich bzw. vertraglich geregelte Dokumentationspflichten hingewiesen.

Für die Anwendung der Vojta-Therapie durch Bezugspersonen wurden keine spezifischen Instrumente oder Protokolle zur Dokumentation unerwünschter Ereignisse benannt. Aus mehreren Antworten ging hervor, dass eine enge individuelle Abstimmung und Besprechung mit den Bezugspersonen sowie eine detaillierte Befundung vor Beginn der Therapie erfolgen.

Standardisierte Mechanismen oder Protokolle zur Erkennung und Dokumentation unerwünschter Wirkungen frühzeitig oder auch im Langzeitverlauf wurden nicht berichtet. Es wurde darauf hingewiesen, dass insbesondere psychische und relationale Nebenwirkungen, wie beispielsweis Bindungsstörung oder kindliche Affektüberforderung bisher nicht systematisch erfasst oder dokumentiert werden.

Tabelle 9: Evidenzstufen der zitierten Literatur zu Frage 10 (Dokumentation)

Evidenzstufe	Quellen	Autor (Jahr)
Ib	1	Epple et al. (2020
IIa	1	Sanchez-Gonzalez et al. (2024)
IV	2	Maurer-Burkhard et al. (2016), Vojta (1987)
V	4	Vojta (2010), Voos (2021), BGB (ohne Jahr), Internationale Vojta Gesellschaft (ohne Jahr)

4.4.2 Schädigungspotenzial in der unmittelbaren Anwendung der Vojta-Therapie

Grundsätzlich weisen die Rückmeldungen auf die Frage, ob bei der unmittelbaren Anwendung der Vojta-Therapie bei Säuglingen und Kindern durch Physiotherapeutinnen und -therapeuten ein Schädigungspotential vorliege, darauf hin, dass dies unter der Beachtung von Kontraindikationen und der sachgemäßen, einfühlsamen Durchführung nicht bestünde und keine Risiken vorlägen. Dementgegen wurde berichtet, dass insbesondere bei Kindern eine situative Traumatisierung möglich sei und zudem während der Vojta-Therapie Stressreaktionen ausgelöst werden, die zu einer erhöhten Cortisol Ausschüttung führen.

Die Frage, inwiefern bei der unmittelbaren Anwendung der Vojta-Therapie bei Säuglingen und Kindern durch Bezugspersonen ein Schädigungspotential bestünde, wurde nicht eindeutig beantwortet. Die Antworten hierzu beziehen sich vielmehr auf die mögliche durch die Vojta-Therapie bedingte Störung der Eltern-Kind-Bindung sowie eine Mitbelastung der Geschwister.

[12] Stellungnahme der Fachberatung Medizin des GBA vom 08.08.2025 (Themenkomplex II); siehe Anlage zur Zusammenfassenden Dokumentation, Kapitel D-5-4.

Für die Bezugspersonen, insbesondere Eltern der Kinder, ergäbe sich aus der Behandlung in der Häuslichkeit ein Risiko für Verunsicherung, situative Überforderung sowie Traumatisierung.

Ein mögliches Schädigungspotential sei nur dann gegeben, wenn die Bezugspersonen nicht richtig und ausreichend geschult würden und die, für die Anwendung der Vojta-Therapie in der Häuslichkeit, notwendigen Techniken nicht hinlänglich beherrschen.

Tabelle 10: Evidenzstufen der zitierten Literatur zu Frage 13 (Schädigungspotential)

Evidenzstufe	Quellen	Autor (Jahr)
IIb	1	Ludewig & Mähler (1999)
IV	2	Giannantonio et al (2010), Kiebzak et al. (2021)
V	5	Schröder (1996), Jacobi et al. (2001), Saternus (2011), Büchner et al. (2020), Deutscher Verband für Physiotherapie (ohne Jahr)

4.4.3 Risiko möglicher somatischer, psychischer oder sozialer Spätfolgen

Als mögliche Spätfolgen, die bei der Anwendung der Vojta-Therapie durch Physiotherapeutinnen und -therapeuten auftreten könnten, wurde das Risiko für körperlich-affektive Regulationsstörungen, psychosomatische Symptome, psychosoziale Störungen sowie eine reduzierte Selbstwirksamkeit genannt. Zudem wurde vereinzelt auch das Potenzial zu langfristiger Traumatisierung durch die Therapie gesehen sowie das Risiko einer langfristigen Störung der Mutter-Kind-Beziehung, einschließlich der Entwicklung einer Bindungsunsicherheit. Diesbezüglich wurde aus den Antworten ersichtlich, dass empirische Belege hierfür fehlten, jedoch entwicklungspsychologische Theorien nahelegen würden, dass wiederholte Beziehungserfahrungen ohne adäquate Affektspiegelung langfristige Auswirkungen auf das Selbst- und Beziehungserleben haben können.

Ein Risiko für körperliche Schädigungen oder Spätfolgen wurde bei korrekter Durchführung und unter Berücksichtigung von Kontraindikationen als nicht erhöht eingeschätzt. Der kausale Nachweis von Spätfolgen wird grundsätzlich als schwierig erachtet. Langzeitfolgen, insbesondere auf emotionale Entwicklung und Eltern-Kind-Bindung, seien bislang nicht systematisch erforscht oder in geeigneten Studien untersucht worden.

Bei Anwendung durch Bezugspersonen wurde bei der Umsetzung der Vojta-Therapie im häuslichen Umfeld auf ein Risiko für die Eltern-Kind-Bindung hingewiesen sowie darauf, dass die tägliche familiäre Struktur durch eine notwendige Therapietreue belastet sei. Auch mögliche chronisch überfordernde elterliche Beteiligung mit sekundären Loyalitätskonflikten, Schamgefühlen oder Abwehr gegen körperliche Nähe wurden genannt. Hingegen wurde angeführt, dass bei korrekter Durchführung der Vojta-Therapie und Anpassung an die Ausgangssituation der Familien kein Risiko für Spätfolgen bestünde.

Tabelle 11: Evidenzstufen der zitierten Literatur zu Frage 14 (Spätfolgen)

Evidenzstufe	Quellen	Autor (Jahr)
Ib	1	Jung (2017)
IIb	1	Martínez-Fuentes (2011)
IV	2	Sarimski & Hoffmann (1992), Kiebzak (2021)
V	8	Papoušek (1997), Thiesen-Hutter (1982), Benz (2014), Strüber (2014), Blume & Thomsen (2015), Jansen & Streit (2015), Voos (2021), Ziegler & Hommel (2025)
S2k Leitlinie	1	DGKJP (2024)

4.4.4 Psychische Belastungen oder direkte Stressreaktionen der Vojta-Therapie

Hinsichtlich psychischer Belastungen oder direkter Stressreaktionen bei Säuglingen und Kindern wurden häufig Stressreaktionen wie beispielsweise untröstliches Schreien, Weinen (auch als ein generelles Zeichen für körperliche Belastung zu verstehen), vegetative Dysregulation, motorischer Widerstand als Reaktion auf die Anstrengung, Rückzug und Erstarrung sowie Unwohlsein, Ängste und Überforderung benannt. Dem könne durch die Anpassung von Therapie und Reizintensität oder durch Pausen und Zuneigung entgegengewirkt werden.

Als mögliche psychische Belastungen oder direkte Stressreaktionen bei der Anwendung der Vojta-Therapie durch Bezugspersonen wurde mehrfach eine Belastung durch den Zwiespalt zwischen der Eltern- und Behandler-Rolle angeführt. Ferner entstehe eine Belastung aufgrund der zeitlichen Beeinträchtigung durch die Umsetzung der Vojta-Therapie in der Häuslichkeit und Bezugspersonen könnten verunsichert oder mit der Umsetzung der Therapie überfordert sein. Es wäre auch denkbar, dass ein ausbleibender Therapieerfolg Schuldgefühle verursache. Des Weiteren wurden Traumatisierung, Bindungsstörung, Schuldgefühle sowie Hilflosigkeit als mögliche psychische Belastungen benannt. Nach vereinzelten Einschätzungen könne psychischer Druck durch die Notwendigkeit einer sorgfältigen Durchführung, die Übernahme von Verantwortung und forderndes Verhalten der Therapeutinnen oder der Therapeuten auf die Bezugspersonen ausgeübt werden. Dem psychischen Belastungspotential der Bezugspersonen könne jedoch mit Aufklärung zum Umgang entgegengewirkt werden.

Tabelle 12: Evidenzstufen der zitierten Literatur zu Frage 15 (Psychische Belastungen/Stressreaktionen)

Evidenzstufe	Quellen	Autor (Jahr)
IIb	3	Ludewig & Mähler (1999), Martínez-Fuentes et al. (2012), Hötting et al. (2016)
IV	4	Sarimski & Hoffmann (1992), Hoyt et al. (2016), Kiebzak et al. (2021), Strojek et al. (2022)
V	3	Thiessen-Hutter (1982), Thiessen-Hutter (1982; Dissertation), Papoušek et al. (2004)

4.4.5 Veränderungen der Einschätzung psychischer Belastbarkeit von Säuglingen und Kindern sowie Bezugspersonen seit den 1950er bis 1970er Jahren gegenüber heute

Es zeigte sich in den Antworten, dass sich die Vojta-Therapie seit ihrer Entwicklung nicht grundsätzlich geändert habe. So seien nach Ansicht einiger Expertinnen und Experten die grundlegenden Wirkprinzipien der Vojta-Therapie weiterhin gültig und hätten sich in der Praxis bewährt. Zudem würden neue wissenschaftliche Erkenntnisse in den zertifizierten Weiterbildungen und in Fortbildungen systematisch vermittelt. Die Minimierung der Gefährdung der Eltern-Kind-Beziehung wird angestrebt, indem bei der Vojta-Therapie die Präferenzen der Behandelten und deren Bezugspersonen berücksichtigt werden. Aus einigen Rückmeldungen lässt sich erkennen, dass Veränderungen im Wandel der Erziehungsstile, Patientenklientel sowie sensibleren Umgang mit sozio-kulturellen Aspekten berücksichtigt werden. Die Orientierung an den Bedürfnissen der Kinder sei in den Weiterbildungscurricula fest eingebunden. Ferner wurde ein Wandel der psychomotorischen Entwicklungstheorien von einer genetisch-deterministischen Sicht hin zur zentralen Bedeutung von Umwelt und Erfahrung berichtet. Die Notwendigkeit eines sensiblen, empathischen und achtsamen Umgangs sei in der Weiterentwicklung der Therapie bewusst geworden.

Es wurde vereinzelt geäußert, dass sich die Sorgen zur kindlichen Entwicklung unter der Vojta-Therapie aufgrund aktueller Erkenntnisse unter anderem aus der Bindungsforschung, zur Bedeutung der Stressregulation in der frühen Kindheit und zum motorischen Lernen eher verstärkt haben und es bislang keine ausreichende Studienlage zur Vojta-Therapie oder Bestandteilen gebe, die diese Bedenken widerlegen könnten.

Tabelle 13: Evidenzstufen der zitierten Literatur zu Frage 16 (Weiterentwicklung der Vojta-Therapie)

Evidenzstufe	Quellen	Autor (Jahr)
V	5	Gesell (1933), Thiessen-Hutter (1982), Jansen & Streit (2015), Hadders-Algra (2018), Akhbari Ziegler & Hadders-Algra (2020)

4.5 Vergleich Vojta-Therapie vs. andere Therapien

Der Themenkomplex IV zu „Vergleich Vojta-Therapie vs. Andere Therapien“ umfasst die Fragen 7, 11 und 12 (vgl. Tabelle 1 sowie die Stellungnahme der FBMed des GBA vom 17.09.2025)[13]. In den Tabellen 14 bis 16 sind die Evidenzstufen der zitierten Literatur hierzu abgebildet.

4.5.1 Physiotherapeutische Alternativen zur Vojta-Therapie

In der Auswertung der Rückmeldungen der Expertinnen und Experten wurde als Alternative zur Vojta-Therapie für die physiotherapeutische Versorgung bei Erkrankungen des zentralen Nervensystems das Bobath-Konzept adressiert, insbesondere in der Behandlung bei Säuglingen und Kindern. Dies könne zudem nicht nur alternativ, sondern auch ergänzend in der Behandlung zur Anwendung kommen. Darüber hinaus wurden weitere Verfahren wie

- COPing with and CAring for Infants with Special Needs (COPCA),
- Constraint Induced Movement Therapy (CIMT),
- Home-based Training, Manuelle Therapie,
- Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation (PNF),
- die orofaziale Therapie nach Castillo-Morales sowie
- Ganzkörper-Vibrationstherapie,
- Krafttraining,
- Mobilisation,
- Gangschulung und
- Atemtherapie

aufgeführt. Zudem wurden moderne Ansätze wie die robotergestützte Therapie, neuromodulative Verfahren sowie die Anwendungen virtueller bzw. augmentierter Realität hervorgehoben. In diesem Zusammenhang wird darauf hingewiesen, dass keine der im Heilmittelkatalog unter dem Heilmittel „KG-ZNS“ benannten Ansätze den evidenzbasierten Grundsätzen der Behandlung von Erkrankungen des zentralen Nervensystems entspräche. Auch wenn das Bobath-Konzept in der Versorgung weit verbreitet ist, sei es jedoch hinsichtlich der Wirksamkeit gegenüber Verfahren wie CIMT unterlegen. Das Prinzip des motorischen Lernens wird als eine zeitgemäße Therapie hervorgehoben, die die Dimensionen der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) insbesondere individueller Zielsetzungen und psychosozialer Rahmenbedingungen berücksichtigt.

Demgegenüber kommt in den Antworten zum Ausdruck, dass es keine gleichwertigen Alternativen zur Vojta-Therapie gäbe, insbesondere bei schwer beeinträchtigten oder wenig kooperativen Patientinnen und Patienten. Hierbei wird betont, dass durch die Einbindung von Bezugspersonen eine höhere Therapiedosis ermöglicht, Praxisbesuche reduziert und kosteneffizient gestaltet werden können. Die standardisierten Reize der Vojta-Therapie würden eine

[13] Stellungnahme der Fachberatung Medizin des GBA vom 17.09.2025 (Themenkomplex IV); siehe Anlage zur Zusammenfassenden Dokumentation, Kapitel D-5.6.

einfache Umsetzung durch Angehörige, ohne dass therapeutische Korrekturen notwendig seien, erlauben.

Als mögliche Behandlungsalternativen für Erwachsene wurden insbesondere CIMT, Laufband-, Gleichgewichts-, Alltagstraining und Kräftigung genannt. Demgegenüber steht, nach Auffassung von vereinzelten Expertinnen und Experten, der dargelegte besondere Ansatz der Vojta-Therapie, welcher alternativlos sei.

Tabelle 14: Evidenzstufen der zitierten Literatur zu Frage 7 (Physiotherapeutische Alternativen zur Vojta-Therapie)

Evidenzstufe	Quellen	Autor (Jahr)
Ia	1	Kollen et al. (2009)
Ia/IIa	1	Novak et al. (2020)
Ib	2	Jung et al. (2017), Epple et al. (2020)
III	1	Hohendahl et al. (2023)
V	8	Karch et al. (2005), Zalpour (2010), Hadders-Algra (2011), Rosenbaum & Gorter (2012), Rosenbaum & Rosenbloom (2012), Epple et al. (2025), Schlack (2015), Frommelt et al (2024)
S2K Leitlinie	2	DGN, DGNR / Nelle et al. (2023), DGN (2024)
S2e Leitlinie	3	Dohle et al. (2015), Morgan et al. (2021), DMGP (2024)
S3 Leitlinie	5	DGSPJ, DEGAM (2020), DGNR (2020), DGNR (2022), DGNR (2024)

4.5.2 Unterschiede zu den anderen Therapieverfahren

Im Rahmen der ambulanten Heilmittelversorgung wird davon ausgegangen, dass sich die Vojta-Therapie grundlegend von anderen physiotherapeutischen Verfahren durch ihren reflektorischen Ansatz unterscheidet. Im Gegensatz zu Konzepten wie Bobath, Affolter oder sensorischer Integration, die auf motorisches Lernen durch wiederholtes Üben setzen, spielt dieser Lernmechanismus in der Vojta-Therapie keine Rolle.

Die Vojta-Therapie wird in ihrer Gestaltung als „standardisiert", „reflektorisch motorisch-funktionell" und „positionsgebunden" beschrieben, während andere Verfahren wie Bobath als „dynamisch", „flexibel" und „dialogisch" charakterisiert werden. Im Gegensatz zur Vojta-Therapie, die körperfokussiert ausgerichtet mit extern gesetzten Reizen arbeitet, steht bei anderen therapeutischen Ansätzen die explorative Interaktion mit dem Kind im Vordergrund. COPCA wird zudem als elternzentriert beschrieben.

Im direkten Vergleich der Ansätze von Vojta und Bobath lässt sich erkennen, dass bei der Vojta-Therapie auf die Aktivierung „angeborener gespeicherter Bewegungsmuster" abgestellt wird, während der Bobath-Ansatz pathologische Reflexe hemmt und physiologische Bewegungsabläufe durch gezieltes Handling fördert. Im Vergleich werden bei der Propriozeptiven Neuromuskulären Fazilitation gezielte propriozeptive Reize zur Förderung komplexer Bewegungen genutzt. Obwohl Bobath sich an modernen Lernprinzipien orientiert, wird es als gegenüber neueren evidenzbasierten Verfahren als unterlegen eingeschätzt. Weitere Unterschiede zwischen den Konzepten von Vojta und Bobath liegen in der Aufgabenorientierung sowie der Rolle der Motivation. Während bei Bobath auf die Förderung von Selbstständigkeit und Alltagshandlungen – auch durch Hilfsmittel unterstützt – abgezielt wird und die Autonomie und Lebenswelt der Patientinnen und Patienten berücksichtigt sowie die individuelle Entwicklungsvariabilität mit einbezieht, verzichtet die Vojta-Therapie weitestgehend auf alltagsbezogene Zielstellungen und die Rolle der Motivation. Dies spiegelt sich in der Annahme wider, dass Bewegungsmuster unabhängig vom inneren Antrieb ausgelöst werden können.

Tabelle 15: Evidenzstufen der zitierten Literatur zu Frage 11 (Unterschiede zu den anderen Therapieverfahren)

Evidenzstufe	Quellen	Autor (Jahr)
Ia	2	Scrivener et al. (2020), Dorsch et al. (2023)
IIa	1	Igual Blasco et al. (2023)
V	8	Mayston (2008), Viebrock & Forst (2008), Schellhammer (2012), Czajkowska et al. (2019), VeBID (2022), Grafmüller at al. (2023), Mayston et al., (2024), IFK (ohne Jahr)

4.5.3 Vorteile der Vojta-Therapie gegenüber anderen Verfahren

Die Einschätzungen zu den Vorteilen der Vojta-Therapie gegenüber anderen physiotherapeutischen Verfahren im Rahmen der ambulanten Heilmittelversorgung sind heterogen. Einige Institutionen sehen keine erkennbaren Vorteile der Vojta-Therapie gegenüber anderen etablierten Verfahren. Andererseits werden vereinzelt folgende Vorteile für die Vojta-Therapie in den Rückmeldungen benannt:

- Einsatz bevorzugt bei Kindern mit schwerer Beeinträchtigung (insbesondere in frühen Lebensjahren zur Etablierung zerebralparetischer Bewegungsmuster), bei Patientinnen und Patienten mit eingeschränkter Aktivierbarkeit sowie bei Personen mit kognitiven oder kooperationsbezogenen Einschränkungen,
- Ermöglichung einer unmittelbaren Aktivierung zentraler Bewegungsmuster, auch wenn diese nicht selbstinitiiert oder intentionell ausgelöst werden,
- Berücksichtigung individueller Bedürfnisse und Wünsche, um so Frustration durch misslingende Bewegungshandlungen zu reduzieren, insbesondere bei Kindern sowie
- Reduktion von Praxisbesuchen durch die Einbeziehung von Bezugspersonen und somit Verabfolgung höherer Therapiedosen; durch standardisierte Reizsetzungen bedürfen automatisch ausgelöste Reaktionen keiner therapeutischen Korrektur.

Tabelle 16: Evidenzstufen der zitierten Literatur zu Frage 12 (Vorteile der Vojta-Therapie)

Evidenzstufe	Quellen	Autor (Jahr)
IIa	1	Sanchez-Gonzalez et al. (2024)
Ib	3	Jung et al. (2017), Sung & Ha (2020), Ha & Sung (2022)
Ib/IIb	3	Wójtowicz et al. (2017), Ha & Sung (2018), Ha & Sung (2021)
IIb	4	Imamura et al. (1983), Lopez et al. (2021), Ha & Sung (2024), Trafalska & Paprocka-Borowicz (2025)
III	1	Hohendahl et al. (2022)
IV	2	Sanz-Mengibar et al. (2021), DRK-Kinderklinik Siegen (ohne Jahr)
V	5	Sadowska (2000), Hadders-Algra (2018), Czajkowska et al. (2019), Ziegler et al. (2023), Vlckova et al. (2024)
Studienprotokoll zu Ib	1	Menendez-Pardinas et al. (2023)

5. Eckpunkte der Entscheidung

5.1 Änderungen in §§ 13 und 13a Heilmittel-Richtlinie

§ 19 Absatz 3 Nummer 5 (neu) HeilM-RL werden technikoffen neu geregelt, in der Folge ist die Nennung bestimmter Therapiekonzepte als Beispiel für ergänzende Angaben zum Heilmittel aufzuheben.

5.2 Änderung in § 19 Absatz 3 Heilmittel-Richtlinie

5.2.1 Änderung in Nummer 5 – Krankengymnastik Zentrales Nervensystem

Die Neuformulierung des § 19 Absatz 3 Nummer 5 HeilM-RL definiert die Heilmittel *KG-ZNS-Kinder* und *KG-ZNS* sowie die relevanten Behandlungsziele und -maßnahmen und schafft somit einheitliche Indikations- und Therapiekriterien.

Die HeilM-RL ist grundsätzlich konzeptneutral ausgestaltet. Dem folgend wurde nunmehr auch die Beschreibung der Heilmittel KG-ZNS und KG-ZNS-Kinder modernisiert und indikationsbezogen, nicht konzeptbezogen gefasst. In der Folge wird die bisherige auf bestimmte Therapiekonzepte (Bobath, Vojta, PNF) bezogene Konkretisierung der Heilmittel *KG-ZNS* und *KG-ZNS-Kinder* durch eine konzeptoffene Formulierung abgelöst. Dies eröffnet auch die Möglichkeit, die Inhalte der Verträge nach § 125 Absatz 1 SGBV unter anderem zur erforderlichen Weiterbildung für besondere Maßnahmen der Physiotherapie entsprechend weiterzuentwickeln. Ein Ausschluss bereits in der Versorgung angewandter Konzepte ist hiermit nicht verbunden. Ebenso ist eine Erweiterung des Leistungsumfangs ist mit der hiesigen Beschlussfassung nicht verbunden. Vielmehr sind weiterhin nur solche Heilmittel als Teil der Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung anzusehen, die bereits vor dieser Beschlussfassung erstattungsfähig waren.

Die Regelungen berücksichtigen die Komplexität neurologischer Erkrankungen unter Berücksichtigung altersabhängiger Unterschiede (Kinder/Erwachsene). Dabei findet Beachtung, dass entwicklungsabhängige Funktionen an die Reifung des Nervensystems und damit an bestimmte Entwicklungsstufen gebunden sind. Diese verändern sich im Verlauf der kindlichen Entwicklung und sind bei therapeutischen Maßnahmen entsprechend zu berücksichtigen.

In diesem Zusammenhang werden die bisher in zwei getrennten Regelungen (siehe § 19 Absatz 2 Nummer 5 und 6 HeilM-RL) aufgeführten Leistungen KG-ZNS-Kinder und KG-ZNS nunmehr in einer gemeinsamen Nummer 5 dargestellt.

Zu Satz 1

Die in Satz 1 beschriebene, grundsätzlich technikoffene Regelung bildet die Versorgungsrealität ab und berücksichtigt die Ergebnisse des Beratungsverfahrens, insbesondere die ausführlichen Rückmeldungen der Stellungnehmenden sowie die derzeit verfügbaren medizinischen Erkenntnisse (siehe auch Kapitel 4 zur Würdigung der schriftlichen Expertenbefragung). Sie definiert KG-ZNS und KG-ZNS-Kinder als physiotherapeutische Maßnahmen zur Behandlung von ZNS-Erkrankungen einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen, die indikationsbezogene, gezielt therapeutische Maßnahmen bei zerebralen und spinalen Schädigungen sowie Schädigungen der motorischen Einheit mit daraus resultierenden Beeinträchtigungen der Haltungs- und Bewegungsfunktion sowie der Beeinträchtigungen weiterer hiermit assoziierter Funktionen und Aktivitäten unter Beachtung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) umfassen. Die Ergänzung der Indikationsvoraussetzungen ist hierbei lediglich klarstellender Natur.

Zu den Sätzen 2 und 3

Es handelt sich hierbei um eine redaktionelle Anpassung, da die bisher in zwei getrennten Regelungen (siehe § 19 Absatz 2 Nummer 5 und 6 HeilM RL) aufgeführten Leistungen KG-ZNS-Kinder und KG-ZNS nunmehr in einer gemeinsamen Nummer 5 geregelt werden. In Satz 2 erfolgt die Klarstellung, dass die Verordnung des Heilmittels KG-ZNS-Kinder längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres erfolgen kann, was bisher in Ziffer 5 Satz 1 geregelt war. In Satz 3 ist regelt, dass ab dem vollendeten 18. Lebensjahr die Leistung KG-ZNS für Erwachsene verordnungsfähig ist, dies entspricht der bisherigen Ziffer 6 Satz 1.

Zu den Sätzen 4 bis 6

Bei Schädigungen des zentralen Nervensystems sind die in den Sätzen 4 und 5 genannten Behandlungsziele von wesentlicher Bedeutung, da die hiermit verbundenen Schädigungen in der Regel mehrere Funktionen betreffen und sich wechselseitig auf Aktivität, Mobilität und Selbstständigkeit sowie Teilhabe auswirken. Diese beinhalten insbesondere die Förderung und Stabilisierung von Muskelkraft und -tonus, Bewegung, Koordination, Haltung und Gleichgewicht, bewegungsbezogene Aktivitäten, sensorischer und vegetativer Funktionen sowie die Reduktion des Risikos weiterer sekundärer Verschlechterungen. Die Behandlungsziele sind daher bei der Auswahl und Durchführung der Therapie besonders zu berücksichtigen. Die nachfolgend genannten Komponenten der Maßnahmen sind für die Behandlung von Schädigungen des zentralen Nervensystems von besonderer Relevanz:

- Übungen zur Anbahnung aktiver Bewegungsabläufe,
- Training von Kraft und Koordination,
- Maßnahmen zur Regulation des Muskeltonus,
- Behandlung pathologisch veränderter Bewegungsmuster, einschließlich Maßnahmen zur Verbesserung selektiver Beweglichkeit und aufgabenorientiertes Üben
- Übungen zur Anbahnung und Stabilisierung von Haltefunktionen,
- Maßnahmen zur Verbesserung der posturalen Kontrolle und des Gleichgewichts,
- Übungen zur Förderung von Stell-, Stütz- und Schutzreaktionen,
- Maßnahmen zur Mobilisation, einschließlich Gangtraining,
- Maßnahmen zur Anbahnung und Verbesserung von Bewegungsübergängen und Lagewechseln,
- Anbahnung und Verbesserung sensibler und sensorischer Funktionen, der Propriozeption sowie der neuromotorischen Kontrolle,
- Stabilisierung vegetativer Funktionen, einschließlich atemtherapeutischer Maßnahmen und Entspannungsverfahren,
- Maßnahmen zur Förderung alltagsrelevanter Fähigkeiten und der Selbstständigkeit,
- schädigungsangepasste Lagerung sowie
- funktionelles Training unter Verwendung vorhandener Hilfsmittel,
- Beratung und Anleitung von Bezugspersonen zur Unterstützung der Bewegungsförderung und des Transfers im Alltag.

Die Formulierung „unter Nutzung vorhandener Hilfsmittel“ umfasst sowohl patientenseitig vorhandene Hilfsmittel als auch die übliche physiotherapeutische Praxisausstattung.

Zu Satz 7

In Satz 7 wird erläutert, dass die fortlaufende Überprüfung und Anpassung der Indikation, der zur Anwendung kommenden physiotherapeutischen Maßnahmen sowie die Therapieziele im Therapieverlauf insbesondere im Hinblick auf unerwünschte Wirkungen fortlaufend zu überprüfen und bei Bedarf anzupassen sind. Hierfür können auch geeignete Assessmentinstrumente verwendet werden. Die fortlaufende Überprüfung und Anpassung dient der Sicherstellung einer am individuellen Bedarf orientierten Behandlung. Dies umfasst auch die Berücksichtigung möglicher Belastungsreaktionen oder unerwünschter Wirkungen im Zusammenhang mit der Therapie insbesondere funktionelle Verschlechterungen, neu auftretende Beschwerden, Überlastungs- oder Stressreaktionen sowie psychosoziale Belastungen.

Zu Satz 8

Satz 8 stellt klar, dass vor allem bei angeborenen oder frühkindlich erworbenen Schädigungen des Zentralen Nervensystems besondere Anforderungen an die Behandlung zu berücksichtigen sind. Hierzu zählen entwicklungsabhängige Funktionen, alters- und lebensweltbezogene Anforderungen sowie den daraus resultierenden relevanten Risiken. Dies betrifft insbesondere Risiken im Hinblick auf eine gestörte Haltungs- und Bewegungsentwicklung, sekundäre muskuloskelettale Folgeschäden sowie Einschränkungen der Alltagsbewältigung und Teilhabe. Nach den Rückmeldungen der Expertinnen und Experten sind zudem Stressreaktionen, Überforderung sowie Störungen der Eltern-Kind-Bindung als mögliche Risiken und Warnzeichen zu nennen.

Zu den Sätzen 9 und 10

Insbesondere aufgrund der Hinweise aus den Rückmeldungen der Expertinnen und Experten wird in den Sätzen 9 und 10 für KG-ZNS und KG-ZNS-Kinder geregelt, dass die in die Therapie eingebundenen Bezugspersonen durch die Therapeutinnen und Therapeuten umfassend über das therapeutische Vorgehen (Behandlungskonzepte und Maßnahmen) aufzuklären und entsprechend praktisch anzuleiten sind. Die bedarfsweise Einbindung der Bezugspersonen in die Behandlung dient dazu, ihre Kenntnisse der individuellen Lebenssituation, ihre Beobachtungen sowie ihre Möglichkeiten zur Unterstützung der Therapie bei der Planung, Durchführung und gegebenenfalls Anpassung der Behandlung zu berücksichtigen. Dadurch wird insbesondere einer stärkeren Berücksichtigung des familiären und sozialen Umfelds im Sinne der Berücksichtigung der Kontextfaktoren Rechnung getragen. Dies kann sich beispielweise dadurch ausdrücken, dass Bezugspersonen nach entsprechender Aufklärung und praktischer Anleitung therapeutische Maßnahmen im Alltag eigenständig umsetzen oder den Transfer der Therapieziele in den Alltag unterstützen.

Insbesondere bei KG-ZNS-Kinder umfasst dies auch die Aufklärung über mögliche Risiken und Warnzeichen, etwa im Hinblick auf Überforderung, Stressreaktionen oder Beziehungsstörungen. Die Aufklärungspflicht bezieht sich auf alle mitwirkenden Bezugspersonen, die therapeutische Maßnahmen im Alltag oder im häuslichen Umfeld durchführen. Dies schließt Elternteile ein, ist aber nicht auf diese beschränkt. Die Hinweise aus den Rückmeldungen zur Anwendung der Vojta-Therapie im häuslichen Umfeld werden damit aufgegriffen.

Zu Satz 11

Der Satz 11 regelt, dass die Verordnung von KG-ZNS-Kinder sowie KG-ZNS auch weiterhin nur als Einzeltherapie möglich ist, dies entspricht der bisherigen Nummer 5 Satz 3 und Nummer 6 Satz 2.

5.2.2 Streichung der Nummer 6 und Anpassung der Nummer 7

Aufgrund der Neufassung von § 19 Absatz 3 Nummer 5 zur Krankengymnastik Zentrales Nervensystem mit den Heilmitteln *KG-ZNS-Kinder* und *KG-ZNS* kann die bisherige Nummer 6 entfallen. Bei Nummer 7 handelt es sich demnach um eine Folgeänderung, sodass die bisherige Nummer 7 nunmehr die Nummer 6 wird.

5.3 Änderung im Verzeichnis der gebräuchlichen Abkürzungen im Heilmittelkatalog

Die Neuformulierung des § 19 Absatz 3 Nummer 5 HeilM-RL macht es erforderlich die Abkürzungen anzupassen, dabei wurden keine Therapiekonzepte für *KG-ZNS* und *KG-ZNS-Kinder* in Bezug genommen.

6. Würdigung der Stellungnahmen

Der GBA hat die schriftlichen und mündlichen Stellungnahmen ausgewertet. Das Stellungnahmeverfahren ist in Kapitel C der Zusammenfassenden Dokumentation abgebildet. Es haben sich aufgrund der schriftlichen Stellungnahme Änderungen am Beschlussentwurf ergeben.

7. Bürokratiekostenermittlung

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen keine neuen bzw. geänderten Informationspflichten für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel VerfO und dementsprechend keine Bürokratiekosten.

8. Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand/Verfahrensschritt
16.01.2025	GBA	Einleitung des Beratungsverfahrens: Überprüfung der Regelungen zur Krankengymnastik zur Behandlung von ZNS-Erkrankungen (KG-ZNS und KG-ZNS-Kinder) insbesondere aufgrund von Hinweisen aus der Versorgung zur Durchführung der Vojta-Therapie bei Kindern
29.04.2025	UA VL	Schriftliche Expertenbefragung
02.06.2026	UA VL	Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens vor abschließender Entscheidung des GBA (gemäß 1. Kapitel § 10 VerfO) über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie
21.08.2026	UA VL	Anhörung zur Änderung der Heilmittel-Richtlinie
27.10.2026	UA VL	Abschließende Beratung über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie
19.11.2026	GBA	Abschließende Beratungen und Beschluss über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie

9. Fazit

Der G-BA beschließt die Änderung der Heilmittel-Richtlinie.

Berlin, den 19. November 2026

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Die Vorsitzende

Dr. Optendrenk