GBA
Gemeinsamer
Bundesausschuss

Zusammenfassende Dokumentation

Beratungsverfahren Veranlasste Leistungen

Heilmittel-Richtlinie: Überprüfung der Regelungen zur Krankengymnastik zur Behandlung von ZNS-Erkrankungen (KG-ZNS und KG-ZNS-Kinder)

Vom 19.11.2026

Unterausschuss Veranlasste Leistungen
des Gemeinsamen Bundesausschusses

Korrespondenzadresse:
Gemeinsamer Bundesausschuss
Abteilung Methodenbewertung und Veranlasste Leistungen
Postfach 12 06 06
10596 Berlin

Tel.: +49 (0)30 – 275 838 - 0
Internet: www.g-ba.de

Inhalt

A Beschluss und Tragende Gründe 7

A-1 Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Absatz 1 SGB V 7

B Schriftliche Expertenbefragung und Auswertung der Fachberatung Medizin 8

B-1 Einbezogene Organisationen, Fachgesellschaften und Verbände 8

B-2 Einleitung und Terminierung der Expertenbefragung 9

B-3 Übersicht zur schriftlichen Expertenbefragung 10

B-4 Auswertung Fachberatung Medizin 12

B-4.1 Methodisches Vorgehen 12

B-4.2 Stellungnahmen der FBMed 13

C Dokumentation des gesetzlich vorgeschriebenen Stellungnahmeverfahrens 14

C-1 Stellungnahmeberechtigte Institutionen/Organisationen 14

C-2 Einleitung und Terminierung des Stellungnahmeverfahrens 14

C-3 Allgemeine Hinweise für die Stellungnehmer 15

C-4 Übersicht 15

C-4.1 Institutionen/Organisationen, denen Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme gegeben wurde 15

C-4.2 Nicht zur Stellungnahme berechtigte Organisationen/Institutionen 16

C-5 Unterlagen des Stellungnahmeverfahrens 16

C-6 Schriftliche Stellungnahmen 16

C-6.1 Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen von stellungnahmeberechtigten Organisationen/Institutionen 17

C-6.2 Auswertung von verfristet eingegangenen Stellungnahmen von stellungnahmeberechtigten Organisationen/Institutionen 74

C-6.3 Auswertung von unaufgefordert eingesandten Positionierungen 74

C-7 Mündliche Stellungnahmen 77

C-7.1 Teilnahme und Offenlegung von Interessenkonflikten 77

C-7.2 Wortprotokoll der Anhörung zum Stellungnahmeverfahren 78

C-7.3 Auswertung der mündlichen Stellungnahmen 78

C-8 Würdigung der Stellungnahmen 78

D Anlagen 79

D-1 Anschreiben zur Expertenbefragung vom 29.04.2025 79

D-2 Verteiler der Expertenbefragung 79

D-3 Fragebogen zur Expertenbefragung vom 29.04.2026 79

D-4 Rückmeldungen zur Expertenbefragung 79

D-4.1 Ausgefüllter Fragebogen der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) e. V. ... 79

D-4.2 Ausgefüllter Fragebogen des Bundesverbands selbstständiger Physiotherapeuten -IKF e. V. ... 79
D-4.3 Ausgefüllter Fragebogen der Deutschsprachigen Medizinischen Gesellschaft für Paraplegiologie (DMGP) e. V. ... 79
D-4.4 Ausgefüllter Fragebogen von Bobath Zukunft! e. V. ... 79
D-4.5 Ausgefüllter Fragebogen der Vereinigung für Interdisziplinäre Frühförderung – Bundesvereinigung (VIFF-BV) e. V. ... 79
D-4.6 Ausgefüllter Fragebogen der Frühförderung Lebenshilfe Dresden e. V. ... 79
D-4.7 Ausgefüllter Fragebogen der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V. – Sektion Ki-Ju-Ortho-Trauma und Sektion Rehabilitation ... 79
D-4.8 Ausgefüllter Fragebogen des Deutschen Verbands für Physiotherapie e. V. ... 79
D-4.9 Ausgefüllter Fragebogen der Deutschen Gesellschaft für Physiotherapiewissenschaften (DGPTW) e. V. ... 79
D-4.10 Ausgefüllter Fragebogen der Bobath-Vereinigung e. V., vertreten durch Mitglieder des Wissenschaftsbeirates ... 79
D-4.11 Ausgefüllter Fragebogen der Bobath-Vereinigung e. V., vertreten durch eine Physiotherapeutin mit Bobath- und Vojta-Zertifikat ... 79
D-4.12 Ausgefüllter Fragebogen der Vereinigung für analytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in Deutschland (VAKJP) e. V. ... 79
D-4.13 Ausgefüllter Fragebogen der Deutschen Gesellschaft für Neurorehabilitation (DGNR) e. V. ... 79
D-4.14 Ausgefüllter Fragebogen der Gesellschaft für Neuropädiatrie (GNP) e. V. ... 79
D-4.15 Ausgefüllter Fragebogen der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ) e. V. ... 79
D-4.16 Rückmeldung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) e. V. ... 80
D-4.17 Ausgefüllter Fragebogen des Verbands für Physiotherapie (VPT) e. V. ... 80
D-4.18 Ausgefüllter Fragebogen der Internationalen Vojta Gesellschaft (IVG) e. V. ... 80
D-4.19 Stellungnahme einer Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin ... 80
D-4.20 Stellungnahme des Bundesverbands „Das frühgeborene Kind“ e. V. ... 80
D-4.21 Stellungnahme der Tschechischen Vojta Gesellschaft ... 80
D-4.22 Stellungnahme der Rumänischen Vojta Gesellschaft ... 80
D-4.23 Stellungnahme der Spanischen Vojta Gesellschaft ... 80
D-4.24 Stellungnahme des Kreiskrankenhauses für Notfälle Satu Mare ... 80
D-4.25 Stellungnahme des kinderorthopädischen Zirkels der KVN ... 80
D-4.26 Stellungnahme der Stiftung „Promyk Słońca“ ... 80
D-4.27 Anschreiben von Frau Zukunft-Huber ... 80
D-4.28 Anschreiben von Frau Voos ... 80
D-4.29 Ausgefüllter Fragebogen der Kroatischen Vojta Gesellschaft ... 80
D-4.30 Stellungnahme des tschechischen Forschungsinstituts für klinische Rehabilitation und Physiotherapie ... 80

D-5 Stellungnahmen der Fachberatung Medizin (FBMed) ... 80

D-5.1 Stellungnahme vom 04.08.2023 ... 80
D-5.2 Stellungnahme vom 27.06.2024 ... 80
D-5.3 Stellungnahme vom 01.08.2025 ... 80

D-5.4 Stellungnahme vom 08.08.2025 ... 80
D-5.5 Stellungnahme vom 29.08.2025 ... 80
D-5.6 Stellungnahme vom 17.09.2026 ... 80
D-5.7 Stellungnahme vom 25.11.2025 ... 80
D-5.8 Stellungnahme vom 05.05.2026 (Addendum) ... 80
D-6 Unterlagen des Stellungnahmeverfahrens ... 80
D-6.1 Beschlussentwurf, der in das Stellungnahmeverfahren gegeben wurde ... 81
D-6.2 Tragende Gründe, die in das Stellungnahmeverfahren gegeben wurden ... 81
D-6.3 Schriftliche Stellungnahmen der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) e.V. ... 81
D-6.4 Schriftliche Stellungnahmen der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) e.V. ... 81
D-6.5 Schriftliche Stellungnahmen der Gesellschaft für Neuropädiatrie (GNP) e.V. ... 81
D-6.6 Schriftliche Stellungnahmen von Bobath Zukunft! e.V. ... 81
D-6.7 Schriftliche Stellungnahmen des Bundesverbandes für Ergotherapeut:innen in Deutschland (BED) e. V. ... 81
D-6.8 Schriftliche Stellungnahmen des Spitzenverbandes der Heilmittelverbände (SHV) e. V. ... 81
D-6.9 Schriftliche Stellungnahmen der Deutschen Gesellschaft für Physiotherapiewissenschaften (DGPTW) e. V. ... 81
D-6.10 Schriftliche Stellungnahmen der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ) e.V. ... 81
D-6.11 Schriftliche Stellungnahmen der Deutschsprachigen Medizinischen Gesellschaft für Neuropädiatrie (DMGP) e.V. ... 81
D-6.12 Schriftliche Stellungnahmen der Deutschen Gesellschaft für interdisziplinäre Neurorehabilitation (DGiNR) e.V. ... 81
D-6.13 Schriftliche Stellungnahmen der Internationalen Vojta Gesellschaft (IVG) e.V. ... 81
D-6.14 Schriftliche Stellungnahmen des Vereins der Bobath InstruktorInnen IBITA Deutschland und Österreich (VeBID) e.V. ... 81
D-6.15 Wortprotokoll zum Stellungnahmeverfahren ... 81
D-7 Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Abs. 1 SGB V *(wird nach BMG Prüfung eingefügt)* ... 81
D-8 Beschluss (BAnz AT) *(wird nach BAnz-VÖ eingefügt)* ... 81
D-9 Tragende Gründe *(wird nach BAnz-VÖ eingefügt)* ... 81

Abkürzungsverzeichnis

BAnz	Bundesanzeiger
BE	Beschlussentwurf
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
FBMed	Abteilung Fachberatung Medizin der Geschäftsstelle des GBA
GBA	Gemeinsamer Bundesausschuss
HeilM-RL	Heilmittel-Richtlinie
KG-ZNS	Krankengymnastik Zentrales Nervensystem
KG-ZNS-Kinder	Krankengymnastik Zentrales Nervensystem Kinder
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
SN	Stellungnahme
UA VL	Unterausschuss Veranlasste Leistungen
VerfO	Verfahrensordnung des GBA

A Beschluss und Tragende Gründe

Der Beschluss zur Änderung der Heilmittel-Richtlinie und die Tragenden Gründe zum Beschluss sind im Kapitel D abgebildet.

A-1 Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Absatz 1 SGB V

Die Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Absatz 1 SGB V wird nach Beschlussfassung veranlasst. Nach Vorliegen des Prüfergebnisses ist dieses in Kapitel D-7 abgebildet.

B Schriftliche Expertenbefragung und Auswertung der Fachberatung Medizin

Es 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 Fachberatung Medizin (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.

Für die schriftliche Expertenbefragung wurde ein Fragebogen entwickelt, der insgesamt 16 Fragen zu den Themenkomplexen

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.

B-1 Einbezogene Organisationen, Fachgesellschaften und Verbände

Der UA VL hat in seiner Sitzung am 29. April 2025 den in Kapitel B-3 aufgeführten Organisationen, Fachgesellschaften und Verbänden Gelegenheit zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme im Rahmen dieser Expertenbefragung erteilt.

Folgenden Organisationen, Fachgesellschaften und Verbänden ist Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme zu geben:

- Bobath Zukunft! e. V.
- Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe e. V. (BAG-S)
- Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen e. V. (bvkm)
- Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten - IFK e. V.
- Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V.
- Deutsche Fachgesellschaft für Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie e.V. (DFT)
- Deutsche Gesellschaft für Allgemein- & Familienmedizin e. V. (DEGAM)
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- & Jugendmedizin e. V. (DGKJ)
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (DGKJP)
- Deutsche Gesellschaft für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung e. V. (DGMGB)
- Deutsche Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin e. V.

- Deutsche Gesellschaft für Neurologie e. V. (DGN)
- Deutsche Gesellschaft für Neurorehabilitation e. V. (DGNR)
- Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V. (DGOU), Sektion Kinder- und Jugendorthopädie und -traumatologie
- Deutsche Gesellschaft für Parkinson & Bewegungsstörungen e. V. (DPG)
- Deutsche Gesellschaft für Physikalische & Rehabilitative Medizin e. V. (DGPRM)
- Deutsche Gesellschaft für Physiotherapiewissenschaft e.V. (DGPTW)
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik & Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)
- Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik & Tiefenpsychologie e. V. (DGPT)
- Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e. V. (DGPM)
- Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e. V. (DGRW)
- Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie & Jugendmedizin e. V. (DGSPJ)
- Deutsches Skoliose Netzwerk
- Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie e. V. (DeGPT)
- Deutschsprachige Medizinische Gesellschaft für Paraplegiologie e. V. (DMGP)
- Die Bobath-Vereinigung e.V.
- Gesellschaft für Neuropädiatrie e. V. (GNP)
- Gesellschaft für Neuropsychologie e.V. (GNP)
- Internationale Vojta Gesellschaft e. V. (IVG)
- Kindernetzwerk e.V. - Dachverband der Selbsthilfe von Familien mit Kindern und jungen Erwachsenen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen
- Physio Deutschland e. V.
- VDB-Physiotherapieverband e. V. – Berufs- und Wirtschaftsverband der Selbständigen in der Physiotherapie
- Verband für Physiotherapie – Vereinigung für die physiotherapeutischen Berufe (VPT) e.V.
- Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten e.V. (VAKJP)
- Vereinigung der Kinderorthopädie e. V. (VKO)
- Vereinigung für Interdisziplinäre Frühförderung – Bundesvereinigung e. V. (VIFF)

B-2 Einleitung und Terminierung der Expertenbefragung

Der UA VL stimmte in seiner Sitzung am 29. April 2025 der Durchführung der Expertenbefragung zu. Die Unterlagen (siehe Kapitel D-1 bis D-3) wurden den Organisationen, Fachgesellschaften und Verbänden am 29. April 2025 übermittelt. Es wurde Gelegenheit für die Abgabe von Rückmeldungen innerhalb von sechs Wochen nach Übermittlung der Unterlagen gegeben.

B-3 Übersicht zur schriftlichen Expertenbefragung

Die Volltexte der beantworteten Fragebögen der einbezogenen Organisationen, Fachgesellschaften und Verbände sind zur Dokumentation der schriftlichen Expertenbefragung sind der Zusammenfassenden Dokumentation (siehe Kapitel D-4.1 bis D-4.18) beigefügt.

Die mit Schreiben vom 29. April 2025 zur schriftlichen Expertenbefragung eingeladenen einschlägige Organisationen, Verbände und Fachgesellschaften sowie Betroffenenverbände sind entsprechend in der nachfolgenden Tabelle abgebildet.

Organisationen, Verband, Fachgesellschaften	Eingang/Hinweis
Bobath Zukunft! e. V.	08.06.2025
Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe e. V. (BAG-S)	
Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen e. V. (bvkm)	Verzicht
Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten - IFK e. V.	05.06.2025
Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V.	
Deutsche Fachgesellschaft für Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie e.V. (DFT)	
Deutsche Gesellschaft für Allgemein- & Familienmedizin e. V. (DEGAM)	
Deutsche Gesellschaft für Kinder- & Jugendmedizin e. V. (DGKJ)	17.06.2025
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (DGKJP)	
Deutsche Gesellschaft für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung e. V. (DGMGB)	
Deutsche Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin e. V.	
Deutsche Gesellschaft für Neurologie e. V. (DGN)	20.05.2025
Deutsche Gesellschaft für Neurorehabilitation e. V. (DGNR)	13.06.2025
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V. (DGOU), Sektion Kinder- und Jugendorthopädie und -traumatologie	10.06.2025
Deutsche Gesellschaft für Parkinson & Bewegungsstörungen e. V. (DPG)	
Deutsche Gesellschaft für Physikalische & Rehabilitative Medizin e. V. (DGPRM)	
Deutsche Gesellschaft für Physiotherapiewissenschaft e.V. (DGPTW)	10.06.2025
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik & Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)	
Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik & Tiefenpsychologie e. V. (DGPT)	
Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e. V. (DGPM)	
Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e. V. (DGRW)	
Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie & Jugendmedizin e. V. (DGSPJ)	17.06.2025
Deutsches Skoliose Netzwerk	

Organisationen, Verband, Fachgesellschaften	Eingang/Hinweis
Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie e. V. (DeGPT)	
Deutschsprachige Medizinische Gesellschaft für Paraplegiologie e. V. (DMGP)	05.06.2025
Die Bobath-Vereinigung e. V.	10.06.2025
Gesellschaft für Neuropädiatrie e. V. (GNP)	16.06.2025
Gesellschaft für Neuropsychologie e.V. (GNP)	
Internationale Vojta Gesellschaft e. V. (IVG)	24.06.2025
	14.04.2026 *ergänzende Informationen eingereicht*
Kindernetzwerk e.V. – Dachverband der Selbsthilfe von Familien mit Kindern und jungen Erwachsenen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen	
Physio Deutschland e. V.	10.06.2025
VDB-Physiotherapieverband e.V. – Berufs- und Wirtschaftsverband der Selbständigen in der Physiotherapie	
Verband für Physiotherapie – Vereinigung für die physiotherapeutischen Berufe (VPT) e.V.	17.06.2025
Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten e.V. (VAKJP)	12.06.2025
Vereinigung der Kinderorthopädie e. V. (VKO)	
Vereinigung für Interdisziplinäre Frühförderung – Bundesvereinigung e. V. (VIFF)	10.06.2025
Vereinigung für Interdisziplinäre Frühförderung – Sachsen/ Lebenshilfe Dresden	10.06.2025

Neben den zur schriftlichen Expertenbefragung eingeladenen Organisationen wurden folgende Stellungnahmen unaufgefordert eingereicht (siehe Kapitel D-4.19 bis D-4.26):

- Ursula Melz, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin (Eingang am 10.06.2025)
- Bundesverband "Das frühgeborene Kind" e.V. (Eingang am 17.06.2025),
- Tschechische Vojta-Gesellschaft, e.V. (Eingang am 17.06.2025),
- Rumänische Vojta Gesellschaft (Eingang am 24.06.2025),
- Spanish Society of Vojta Therapy (AEVO) (Eingang am 03.07.2025),
- Kreiskrankenhaus Satu-Mare, Rumänien (Eingang am 12.08.2025),
- Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen – kinderorthopädischer Zirkel (Eingang über IVG e. V. am 04.09.2025) sowie
- Fundacja Promyk Słońca, Polen (Eingang am 05.11.2025).

Neben den zur schriftlichen Expertenbefragung eingeladenen Organisationen wurden folgende Stellungnahmen unaufgefordert eingereicht. Die Auswertung war zu diesem Zeitpunkt bereits abgeschlossen (siehe Kapitel D-4.27 und D-4.30):

- Anschreiben von Frau Zukunft-Huber (Eingang am 10.01.2026),

- Anschreiben von Frau Voos (Eingang am 07.03.2026),
- Kroatische Vojta Gesellschaft (Eingang am 09.03.2026) und
- Tschechisches Forschungsinstitut für klinische Rehabilitation und Physiotherapie (Eingang: 22.06.2026).

B-4 Auswertung Fachberatung Medizin

B-4.1 Methodisches Vorgehen

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 hinsichtlich der Aussage und Evidenzstufe eingeordnet. Die Zuordnung nach Evidenzstufen orientiert sich an der Bewertung therapeutischer Methoden gemäß 2. Kapitel § 11 VerfO 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. 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**

Hauptfragestellungen	Themenkomplex
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**
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

B-4.2 Stellungnahmen der FBMed

Die Stellungnahmen der FBMed sind in Kapitel D-5 abgebildet.

C Dokumentation des gesetzlich vorgeschriebenen Stellungnahmeverfahrens

C-1 Stellungnahmeberechtigte Institutionen/Organisationen

Der UA VL hat in seiner Sitzung am 2. Juni 2026 den in Kapitel C-4.1 aufgeführten Institutionen/Organisationen gemäß 1. Kapitel 3. Abschnitt VerfO Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme für dieses Beschlussvorhaben erteilt.

Folgenden Organisationen ist Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme zu geben:

- Bundesärztekammer gemäß § 91 Absatz 5 SGB V sowie
- Organisationen der Leistungserbringer (gemäß § 92 Absatz 6 Satz 2 SGB V)

Der UA VL hat folgende weitere Organisationen, Fachgesellschaften und Verbände denen gemäß § 3 Absatz 1 Satz 2 Geschäftsordnung in Verbindung mit 1. Kapitel § 4 Absatz 2 Satz 2 Buchstabe b und § 8 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe a Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses für dieses Beschlussvorhaben Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme zu erteilen war, festgestellt:

- VDB-Physiotherapieverband e.V. - Berufs- und Wirtschaftsverband der Selbständigen in der Physiotherapie e.V.
- Bobath Zukunft! e. V.
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- & Jugendmedizin e. V. (DGKJ)
- Deutsche Gesellschaft für Neurologie e. V. (DGN)
- Deutsche Gesellschaft für interdisziplinäre Neurorehabilitation e. V. (DGiNR)
- Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V. (DGOU), Sektion Kinder- und Jugendorthopädie und -traumatologie
- Deutsche Gesellschaft für Physiotherapiewissenschaft e.V. (DGPTW)
- Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie & Jugendmedizin e. V. (DGSPJ)
- Deutschsprachige Medizinische Gesellschaft für Paraplegiologie e. V. (DMGP)
- Die Bobath-Vereinigung e. V.
- Gesellschaft für Neuropädiatrie e. V. (GNP)
- Internationale Vojta Gesellschaft e. V. (IVG)
- Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten e.V. (VAKJP)
- Vereinigung für Interdisziplinäre Frühförderung – Bundesvereinigung e. V. (VIFF)
- Vereinigung für Interdisziplinäre Frühförderung – Sachsen/ Lebenshilfe Dresden

C-2 Einleitung und Terminierung des Stellungnahmeverfahrens

Der UA VL beschloss in seiner Sitzung am 2. Juni 2026 die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens. Die Unterlagen (siehe Kapitel D-6.1 und D-6.2) wurden den Stellungnahmeberechtigten am 2. Juni 2026 übermittelt. Es wurde Gelegenheit für die Abgabe von Stellungnahmen innerhalb von vier Wochen nach Übermittlung der Unterlagen gegeben.

C-3 Allgemeine Hinweise für die Stellungnehmer

Die Stellungnahmeberechtigten wurden darauf hingewiesen,

- dass die übersandten Unterlagen vertraulich behandelt werden müssen und ihre Stellungnahmen nach Abschluss der Beratungen vom Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) veröffentlicht werden können,
- dass jedem, der gesetzlich berechtigt ist, zu einem Beschluss des GBA Stellung zu nehmen, soweit er eine schriftliche Stellungnahme abgegeben hat, in der Regel auch Gelegenheit zu einer mündlichen Stellungnahme zu geben ist.
- dass bei nicht fristgerechtem Eingang einer schriftlichen Stellungnahme die Möglichkeit besteht, dass diese nicht mehr ausgewertet wird und in diesem Fall keine Einladung zur Anhörung erfolgt.

C-4 Übersicht

C-4.1 Institutionen/Organisationen, denen Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme gegeben wurde

In der nachfolgenden Tabelle sind die Organisationen, denen Gelegenheit zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme gegeben wurde, aufgelistet und sofern eine solche abgegeben wurde, wurde dies unter Angabe des Eingangsdatums vermerkt.

Stellungnahmeberechtigte	**Eingang SN**	**Bemerkungen**
Stellungnahmeberechtigte gemäß § 91 Absatz 5 SGB V		
Bundesärztekammer (BÄK)	30.06.2026	Verzicht
Stellungnahmeberechtigte gemäß § 92 Absatz 6 Satz 2 SGB V		
Bundesverband für Ergotherapeut:innen in Deutschland (BED) e.V.	30.06.2026	
Spitzenverband der Heilmittelverbände e.V. (SHV)	30.06.2026	
Verband Deutscher Podologen e. V. (VDP)	22.06.2026	Verzicht
LOGO Deutschland e.V. Selbständige in der Logopädie		
Deutscher Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie e. V. (dbs)		
Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen e. V. (dba)		
Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl)		
Bundesverband für Podologie e. V.		
Deutscher Verband für Podologie e. V. (ZFD)		
Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD)		
BerufsVerband Oecotrophologie e. V. (VDOE)		
Verband für Ernährung und Diätetik (VFED)		
Deutsche Gesellschaft der qualifizierten Ernährungstherapeuten und Ernährungsberater (QUETHEB)		

Stellungnahmeberechtigte	Eingang SN	Bemerkungen
Stellungnahmeberechtigte gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 lit. a VerfO		
Bobath Zukunft! e. V.	30.06.2026	
Deutsche Gesellschaft für Neurologie e. V. (DGN)	07.06.2026	
Deutsche Gesellschaft für interdisziplinäre Neurorehabilitation e. V. (DGiNR)	30.06.2026	
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V. (DGOU), Sektion Kinder- und Jugendorthopädie und -traumatologie	25.06.2026	Übersendung des Fragebogens vom 02.06.2025 aus der Expertenbefragung.
Deutsche Gesellschaft für Physiotherapiewissenschaft e.V. (DGPTW)	30.06.2026	
Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie & Jugendmedizin e. V. (DGSPJ)	30.06.2026	
Deutschsprachige Medizinische Gesellschaft für Paraplegiologie e.V. (DMGP)	30.06.2026	
Gesellschaft für Neuropädiatrie e. V. (GNP)	29.06.2026	
Internationale Vojta Gesellschaft e. V. (IVG)	30.06.2026	
VDB-Physiotherapieverband e.V. - Berufs- und Wirtschaftsverband der Selbständigen in der Physiotherapie e.V.		
Deutsche Gesellschaft für Kinder- & Jugendmedizin e. V. (DGKJ)		
Die Bobath-Vereinigung e. V.		
Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten e.V. (VAKJP)		
Vereinigung für Interdisziplinäre Frühförderung – Bundesvereinigung e. V. (VIFF)		
Vereinigung für Interdisziplinäre Frühförderung – Sachsen/ Lebenshilfe Dresden		

C-4.2 Nicht zur Stellungnahme berechtigte Organisationen/Institutionen

Die folgende nicht zur Stellungnahme berechtigte Organisation hat unaufgefordert eine Positionierung eingereicht (siehe Kapitel D-6.14):

Organisation/Institution	Eingang SN	Bemerkungen
Verein der Bobath InstruktorInnen IBITA Deutschland und Österreich e.V. (VeBID)	29.06.2026	

C-5 Unterlagen des Stellungnahmeverfahrens

Die Unterlagen des Stellungnahmeverfahrens sind in Kapitel D-6.1 und D-6.2 abgebildet.

C-6 Schriftliche Stellungnahmen

Die Volltexte der schriftlichen Stellungnahmen sind in Kapitel D-6 abgebildet.

C-6.1 Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen von stellungnahmeberechtigten Organisationen/Institutionen

Im Folgenden finden Sie die Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen, der stellungnahmeberechtigten Organisationen/ Institutionen. Die Volltexte der schriftlichen Stellungnahmen sind in Kapitel D-6.3 bis D-6.13 abgebildet. In der nachstehenden Tabelle sind keine Ausführungen abgebildet, die lediglich die zur Stellungnahme gestellten Inhalte wiedergeben oder die das Stellungnahmeverfahren selbst beschreiben.

C-6.1.1 Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen – Allgemeine Hinweise

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
1.	**DGN**	Als Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) möchten wir inhaltlich nur zu den Aspekten Stellung nehmen, die die Behandlung **Erwachsener** betreffen. Die Beurteilung der spezifischen Aspekte, die sich auf die Behandlung von Kindern beziehen, möchten wir den Kollegen der (Neuro-)Pädiatrie überlassen. Auf Basis der **DGN-Leitlinien** möchten wir darauf hinweisen, dass darin meist **keine speziellen Therapieschulen (Bobath, Vojta)**, **sondern konkrete Therapieprinzipien** empfohlen werden. Zudem bestehen Hinweise auf eine fehlende Überlegenheit o.g. Therapieschulen gegenüber anderen Verfahren. Die DGN-Leitlinien fokussieren auf funktionelle Ziele, Intensität, Wiederholungen, aufgabenorientiertes Training und Teilhabe statt auf bestimmte Konzepte. Entsprechend sollte sich eine Heilmittel-Verordnung daher eher an **methodenoffenen Therapiezielen und Funktionsstörungen** orientieren mit konkreten Maßnahmen (z.B. Bewegungsanbahnung, Kraft- und Koordinationstraining, Tonusregulation, posturale Kontrolle etc). Wichtig wäre insgesamt die Betonung: - Verordnung vorrangig nach neurologischer Indikation und Funktionsziel/Therapieintensität, - freie Wahl der **individuell** passenden Methode durch **qualifizierte** Therapeuten, - Qualitätsanforderungen über Kompetenzen (z.B. definierte Fort-/Weiterbildung, neurologische Mindestkompetenzen, evidenz-/leitlinienbasiertes Vorgehen) und Behandlungsergebnisse statt über die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Therapieschule - Ggf. Integration digitaler und technischer Verfahren Die Änderung der Heilmittel-Richtlinie wird somit insgesamt befürwortet.	Kenntnisnahme.	Keine Änderung.
2.	**DGOU**	[…] im Auftrag unserer Generalsekretäre, Herrn Professor Bernd Kladny und Herrn Professor Sascha Flohé bedanken wir uns für die Gelegenheit zur Stellungnahme zur Änderung der Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL): „Überprüfung der Regelungen zur Krankengymnastik	Kenntnisnahme. Die Antworten der DGOU zum Fragebogen wurde im Rahmen der Auswertung und Würdigung in Kapitel 4 der	Keine Änderung.

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
		zur Behandlung von ZNS-Erkrankungen (KG-ZNS und KG-ZNS-Kinder) insbesondere aufgrund von Hinweisen aus der Versorgung. Die Unterlagen wurden erneut seitens der Sektion Rehabilitation - Physikalische Therapie der DGOU und der Sektion Kinder- und Jugendorthopädie und -traumatologie der DGOU geprüft, mit dem Ergebnis, dass auch bezüglich der aktuellen Anfrage erneut auf die bereits eingereichte Stellungnahme der DGOU vom 02.06.2025 verwiesen wird.	Tragenden Gründe abgebildet und bei der Beratung entsprechend berücksichtigt.	
3.	**GNP**	Die GNP befürwortet den Änderungsvorschlag, die Spezifischen Behandlungsverfahren Bobath und Vojta nicht mehr aufzuführen und grundsätzlich auf die historisch-namentliche Nennung spezieller Verfahren zu verzichten. Gleichzeitig wird unterstrichen, dass die Maßstäbe medizinisch-wissenschaftlicher Evidenz Anwendung finden sollen. Die fachlichen Hintergründe zu dem Themenspektrum der funktionellen Therapien (Physiotherapie, Ergotherapie, Sprachtherapie) im Kindes- und Jugendalter sind komplex. Für Fragen oder einen weiterführenden Austausch steht die GNP mit ihrer Expertise für alle neurologischen „Erkrankungen, Entwicklungsverzögerungen und Entwicklungsstörungen“ im Kindes- und Jugendalter jederzeit und gerne zur Verfügung.	Zustimmende Kenntnisnahme.	Keine Änderung.
4.	**SHV**	Der SHV begrüßt ausdrücklich die im vorliegenden Beschlussentwurf vorgesehenen Änderungen der Heilmittel-Richtlinie im Bereich der Krankengymnastik zur Behandlung von Erkrankungen des zentralen Nervensystems (KG ZNS und KG ZNS Kinder). Aus unserer Sicht stellt diese Anpassung einen konsequenten und zeitgemäßen Schritt zur Weiterentwicklung der physiotherapeutischen Versorgung im neurologischen Bereich dar. Bereits seit einigen Jahren weisen die maßgeblichen Berufsverbände der Physiotherapie auf die Notwendigkeit einer Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen hin, um aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen, sich verändernden Patientenbedürfnissen sowie den wachsenden Anforderungen an eine qualitativ hochwertige und zukunftsfähige Gesundheitsversorgung gerecht werden zu können. Die Gesundheitsversorgung basiert auf einem kontinuierlichen Prozess des Erkenntnisgewinns. Entsprechend müssen die Rahmenbedingungen so gestaltet sein, dass sowohl bestehendes Wissen, also auch neue wissenschaftliche Erkenntnisse sowie evidenzbasierte und konzeptunabhängige Therapieansätze in die Versorgung integriert werden können. Dadurch wird die therapeutische Methodenvielfalt gestärkt und die Möglichkeit geschaffen, Behandlungsmaßnahmen noch gezielter an den individuellen Bedürfnissen und Zielen von Patienten auszurichten. Gleichzeitig fördert eine solche Öffnung die fachliche Weiterentwicklung und Professionalisierung der Physiotherapie und trägt dazu bei, die Behandlungsqualität im neurologischen Bereich nachhaltig zu sichern und weiterzuentwickeln. Die vorgesehene Anpassung schafft die	Zustimmende Kenntnisnahme.	Keine Änderung.

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
		notwendigen Voraussetzungen, diesen Entwicklungsschritt in die Versorgungspraxis zu überführen. Darüber hinaus ist es uns an dieser Stelle wichtig zu betonen, dass mit dieser Weiterentwicklung keine Abwertung oder Verdrängung der etablierten neurologischen Therapiekonzepte verbunden sein darf. Bobath, Vojta und PNF haben über Jahrzehnte einen wertvollen Beitrag zur Versorgung von neurologischen Patienten geleistet und bilden weiterhin einen wichtigen Bestandteil der physiotherapeutischen Praxis. Das mit diesen Konzepten verbundene Erfahrungswissen, die klinische Expertise sowie ihre praktische Bewährung im Versorgungsalltag stellen eine wichtige fachliche Ressource dar, die auch zukünftig erhalten bleiben soll. Wir verstehen die geplanten Änderungen daher ausdrücklich als Erweiterung und Öffnung des bestehenden Systems und nicht als dessen Ersatz. Nur durch eine solche integrative Weiterentwicklung, die sowohl wissenschaftlichen Fortschritt als auch bestehende therapeutische Kompetenz angemessen berücksichtigt, kann eine vielfältige, qualitativ hochwertige und zukunftsfähige physiotherapeutische Versorgung von Patienten mit Erkrankungen des zentralen Nervensystems gewährleistet werden.		
5.	**DGPTW**	Wir begrüßen ausdrücklich die Entfernung spezifischer Konzeptnennungen in der neuen Position KG-ZNS der Heilmittelrichtlinie. Eine Fortführung der expliziten Konzeptnennung würde voraussetzen, dass es tragfähige wissenschaftliche Belege für eine Überlegenheit der namentlich genannten Konzepte in der Verbesserung patientenrelevanter Endpunkte gegenüber anderen (nicht namentlich benannten) Konzepten gäbe. Der im Bericht dargestellte wissenschaftliche Erkenntnisstand (inzwischen unterstützt durch weitere aggregierte Evidenz wie Todhunter-Brown et al., 2025)[1] jedoch bestätigt diese Annahme nicht. Wir stimmen daher zu, dass eine technikoffene Regelung dem derzeit verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnisstand entspricht, da es die Voraussetzung für eine zeitgemäße, evidenzbasierte Patientenversorgung schafft. Die Konzeptoffenheit darf jedoch nicht zu einer qualitativen Verwässerung von Qualifizierungen führen. Die Anerkennungsfähigkeit von Vertiefungsqualifikationen sollte sich daran orientieren, dass Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten in die Lage versetzt werden, Menschen mit ZNS-Erkrankungen einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen evidenzbasiert zu behandeln. Neben einer erstmaligen fachlichen	Kenntnisnahme. In den zwischen dem GKV-Spitzenverband maßgeblichen Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer auf Bundesebene für den Bereich der Physiotherapie vereinbarten Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V wird	Keine Änderung.

[1] Todhunter-Brown A, Sellers CE, Baer GD, Choo PL, Cowie J, Cheyne JD, Langhorne P, Brown J, Morris J, Campbell P. Physical rehabilitation approaches for the recovery of function and mobility following stroke. Cochrane Database of Systematic Reviews 2025, Issue 2. Art. No.: CD001920. DOI: 10.1002/14651858.CD001920.pub4

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
		Vertiefungsqualifizierung braucht es angesichts der hohen Dynamik der Forschung zur Bewegungstherapie in der Neurologie eine kontinuierliche Fortbildungspflicht. Wir plädieren dafür, die bestehende gesetzliche Fortbildungspflicht (§ 125 SGB V) für die Position KG ZNS zu präzisieren. Durch die Etablierung akkreditierter, modularer Refresher-Kurse wird sichergestellt, dass Therapeutinnen und Therapeuten dauerhaft auf dem aktuellen Stand physiotherapiewissenschaftlicher Erkenntnisse behandeln. Evidenzbasierte Leitlinien zur Versorgung von Menschen mit ZNS-Erkrankungen (einschließlich Rückenmarks- und neuromuskulären Erkrankungen) weisen dem begleitenden Einsatz gerätegestützter Bewegungstherapie (z. B. robotergestützte Gangtherapie, repetitives Eigentraining an Großgeräten) einen hohen therapeutischen Nutzen zu. Bisher werden solche Leistungen in der neuen Fassung § 19 Absatz 3 der Heilmittelrichtlinie nicht explizit ermöglicht. Um den bürokratischen Mehraufwand bei Parallelverordnungen (KG-ZNS und KGG) zu reduzieren, regen wir folgende präzisierende Klarstellung in der Richtlinie an: Der optionale Einsatz von in der Praxis vorhandenen Therapiegeräten ist innerhalb der Regelzeit der KG-ZNS als methodischer Bestandteil zulässig und abrechnungsfähig. Dies sichert eine leitliniengerechte Versorgung im Rahmen der bestehenden Vergütungsstruktur, ohne dass für Patientinnen und Patienten zwingend eine separate Doppelverordnung ausgestellt werden muss.	insbesondere als Maßnahme zur Sicherstellung der Qualität der Heilmittelerbringung eine Weiterbildung (Anlage 7 zum Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V) gefordert sowie die kontinuierliche Fortbildung (Anlage 4 zum Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V) adressiert. Dem Vorschlag des Stellungnehmers einer Klarstellung zum optionalen Einsatz von in der Praxis vorhandenen Therapiegeräten innerhalb des Heilmittels KG-ZNS als methodischer Bestandteil wird nicht gefolgt. Der Einsatz gerätegestützter Bewegungstherapie war nicht Gegenstand in diesem Beratungsverfahren.	
6.	**DGSPJ**	Die Streichung der Verfahren Bobath und Vojta wird begrüßt, ebenso wie der Ansatz spezielle Verfahren grundsätzlich nicht aufzuführen. Die antiquierte Einengung der Behandlung auf einzelne „Therapieschulen“ wird nicht weiter gefördert.	Zustimmende Kenntnisnahme.	Keine Änderung.
7.	**DMGP**	Nach Durchsicht des Beschlussentwurfs des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Änderung der Heilmittel-Richtlinie für Krankengymnastik zur Behandlung von ZNS-Erkrankungen (KG-ZNS), unterstützt die Deutschsprachige Medizinische Gesellschaft für Paraplegiologie (DMGP) e.V. die vorgeschlagenen Änderungen vollumfänglich. Die Beschreibung der Heilmittel KG-ZNS und KG-ZNS-Kinder wurden modernisiert und indikationsbezogen, nicht konzeptbezogen gefasst. Die Änderungen sind gemäß der aktuellen Evidenz gut begründet und nachvollziehbar. Die DMGP befürwortet die Ausgestaltung weg von einer konzeptbezogenen (Bobath, Vojta, PNF) hin zu einer konzeptoffenen Heilmittel-Richtline. Die konzeptneutrale Ausgestaltung der Heilmittel-Richtlinie eröffnet die Möglichkeit, dass funktionsorientierte, evidenzbasierte Physiotherapien, wie sie gemäß der Leitlinien der DMGP empfohlen werden, sich stärker in der Versorgungspraxis etablieren können. Die DMGP begrüßt, dass bereits in der Versorgung angewandte Konzepte nicht ausgeschlossen werden.	Zustimmende Kenntnisnahme.	Keine Änderung.

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
		Der Nicht-Ausschluss bereits in der Versorgung angewandter Konzepte gewährleistet einen reibungslosen, kontinuierlichen Übergang hin zu evidenzbasierten Therapieformen.		
8.	**DGiNR**	Qualifikation für „KG-ZNS“: Nachweis von Erfahrung im Umgang mit neurologischen PatientInnen über einen Zeitraum von mindestens 2 Jahren sowie von Fortbildungsmaßnahmen in nachweislich evidenzbasierten Verfahren im Umfang von ca. 120 h Bisher qualifizierten für die Abrechnung von „KG-ZNS“ Ausbildungen in Bobath, Vojta oder PNF. Wie gut dargestellt, sind diese jedoch unscharf definiert, basieren im Wesentlichen auf Erfahrungswerten und sind nicht auf der Basis moderne evidenzbasierter Methoden validiert bzw. zeigten sich in aussagekräftigen klinischen Studien und Meta-Analysen teilweise nachweislich unterlegen. Andererseits stehen in der modernen Neurorehabilitation aktuell eine Reihe von Verfahren zur Verfügung, die auf hohem Niveau validiert worden sind bis hin zu Meta-Analysen auf Cochrane-Niveau (z. B. Electromechanical-assisted training for walking after stroke – PMC[2]). Daher sollten die Zugangsvoraussetzungen für „KG-ZNS“ im Sinne der Ausbildungen in Bobath, Voijta oder PNF gestrichen und zukünftig ersetzt werden durch Ausbildungen in nachweislich evidenzbasierten Verfahren der Neurorehabilitation, die im Rahmen der konkreten Verhandlungen zwischen den Vertragspartnern weiter spezifiziert werden sollten. Gerade auch aufgrund ihrer Expertise in der Entwicklung entsprechender Leitlinien (Leitlinien - DGiNR[3]; AWMF Leitlinienregister[4]) ist die DGiNR gerne bereit, sich hier fachlich in die Spezifikationen einer evidenzbasierten (zu den jetzt bestehenden alternativen) Qualifikation einzubringen. Aufgrund der hohen Komplexität und der mittlerweile umfangreichen Wissensbasis können entsprechende Qualifikationen nicht ausreichend im Rahmen einer Berufsausbildung, wohl aber im Rahmen eines Hochschulstudiums erworben werden. Zudem ist das auf diese Weise erworbene Wissen nicht statisch, sondern sollte regelmäßigen Updates unterliegen. Bei der Vergütung muss dieser erhöhte Qualifizierungsbedarf weiterhin berücksichtigt werden. Da eine funktionelle Wiederherstellung (senso)motorischer Funktionen einer hohen Intensität und hoher Repetitionszahlenbedarf, ist es wichtig, dass die gegenüber „KG“ verlängerte Behandlungsdauer von 25-30 min unbedingt erhalten bleibt. Zudem ist weiterhin die	Kenntnisnahme. Zur Anmerkung der Qualifikationsanforderungen verweisen wir auf die Ausführungen zur lfd. Nummer 5. Die Ausführungen zu Behandlungsdauer, Doppelbehandlung und Therapiefrequenz betreffen nicht den Regelungsgegenstand des vorliegenden Stellungnahmeverfahrens. Die Dauer der einzelnen Behandlungseinheiten sowie die näheren leistungs- und vergütungsrechtlichen Rahmenbedingungen werden nicht in der Heilmittel-Richtlinie, sondern in den Verträgen nach § 125 Absatz 1 SGB V geregelt.	Keine Änderung.

[2] Mehrholz J, Kugler J, Pohl M, Elsner B. Electromechanical-assisted training for walking after stroke. Cochrane Database Syst Rev. 2025 May 14;5(5):CD006185. doi: 10.1002/14651858.CD006185.pub6. PMID: 40365867; PMCID: PMC12076539; verfügbar unter: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12076539/

[3] siehe: https://dginr.de/material/leitlinien/

[4] siehe: https://register.awmf.org/de/leitlinien/aktuelle-leitlinien/fachgesellschaft/080

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
		Möglichkeit vorzusehen, Behandlungsdauern bis zu 60 Minuten (z.B. im Rahmen einer Doppelbehandlung) zu ermöglichen. Dies ist auch in der Ergotherapie (Motorisch-funktionelle Behandlung, Richtwert: 30-45 Minuten bzw. Sensomotorisch-perzeptive Behandlung, Richtwert: 45-60 Minuten) vorgesehen. Dabei ist auch dem Umstand Rechnung zu tragen, dass in Phasen intensiver Therapie häufiger auch werktägliche Therapie erforderlich ist. Die hier gemachten Äußerungen treffen analog auch für die Heilmittelkatalogposition KG-ZNS-Kinder zu.		
9.	DGiNR	Erweiterung der Indikationen für „KG-Gerät“; Alternativ: Schaffung einer Abrechnungsposition „KG-Gerät-ZNS“ Aktuell kann gerätegestützte Physiotherapie in der Kleingruppe nur bei orthopädischen oder Schmerzdiagnosen verordnet werden. Eine der Kernweiterentwicklungen der modernen Neurorehabilitation ist aber der Einsatz von hocheffektiven Geräten wie Gang- oder Armrobotik mit Anschaffungskosten im fünf- bis sechsstelligen €-Bereich. Dies ist derzeit gegenüber einer rein personengestützten Therapie nicht refinanziert und in der ambulanten Versorgung entsprechend unterrepräsentiert. Daher sollte eine Abrechnung dieser Position auch für neurologische Diagnosen vorgesehen werden.	Kenntnisnahme. Dem Vorschlag des Stellungnehmers wird nicht gefolgt. Die Erweiterung der Indikationen für KG-Gerät ist nicht Gegenstand des vorliegenden Stellungnahmeverfahrens. Der Beschlussentwurf betrifft die Neufassung der Heilmittelbeschreibung von KG-ZNS und KG-ZNS-Kinder, nicht jedoch die Einführung neuer Heilmittelpositionen oder die Erweiterung bestehender vertraglicher Abrechnungspositionen.	Keine Änderung.
10.	DGiNR	Änderung der Terminologie „KG-ZNS“ auf „PT-ZNS“ Das Wort „Krankengymnastik“ entspricht konzeptionell nicht den Inhalten der Therapie, ist zudem wissenschaftlich weder national noch international gebräuchlich. Daher sollte auch in dieser Abkürzung das Wort „Physiotherapie“ benutzt werden.	Kenntnisnahme. Dem Vorschlag des Stellungnehmers wird nicht gefolgt. Der Vorschlag, die Bezeichnung „KG-ZNS“ durch „PT (Physiotherapie)-ZNS“ zu ersetzen, wird nicht aufgegriffen. Die Bezeichnung KG-ZNS-Kinder knüpft an die Systematik der Heilmittel-Richtlinie und des Heilmittelkatalogs an, in denen „Krankengymnastik“ als Form der Bewegungstherapie für bestimmte physiotherapeutische Leistungen verwendet wird. KG-ZNS und KG-ZNS-Kinder stellt dabei unverändert eine besondere Ausprägung beziehungsweise Spezialisierung der Krankengymnastik bei Erkrankungen des zentralen Nervensystems dar. Eine Umbenennung hätte weitreichende Folgewirkungen, die	Keine Änderung.

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
			über den Rahmen dieses Beschlusses hinausgehen.	
11.	**Bobath-Zukunft**	Ausgangspunkt der Fragestellung waren Hinweise aus der Versorgungspraxis, dass möglicherweise durch die Behandlungen (Vojta) Schädigungen bei Säuglingen und Kleinkindern entstehen. Da in der Heilmittelrichtlinie neben Vojta auch Bobath aufgeführt wird, wirken sich die Ergebnisse der Überprüfung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss mit dem Entwurf zur Neuformulierung des Heilmittels KG ZNS Kinder auch auf Bobath aus. Wir begrüßen ausdrücklich die Überarbeitung der Beschreibung des Heilmittels KG-ZNS-Kinder, da die bisherige Formulierung in wesentlichen Teilen nicht mehr dem aktuellen Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse sowie der heutigen physiotherapeutischen Versorgungspraxis. Aus unserer Sicht ist jedoch fraglich, ob die Ergebnisse einer Befragung, die primär auf die Vojta-Therapie fokussiert ist, eine ausreichende Grundlage für die grundlegende Neufassung einer Heilmittelposition darstellen, die mehrere therapeutische Ansätze umfasst. Eine solche Neuausrichtung sollte idealerweise auf einem gesonderten fachlichen Klärungs- und Konsensprozess beruhen, an dem die relevanten Fachgesellschaften, Berufsverbände und wissenschaftlichen Expertinnen und Experten beteiligt sind. Sollte ein solcher Prozess bereits stattgefunden haben, ist dieser für uns nicht ausreichend nachvollziehbar dokumentiert. Darüber hinaus sehen wir die Gefahr, dass eine detaillierte Aufzählung einzelner therapeutischer Maßnahmen innerhalb der ICF-Dimension „Körperfunktionen und -strukturen“ die notwendige Flexibilität einer evidenzbasierten und patientenzentrierten Therapie einschränken kann. Aus unserer Sicht wird dadurch die Qualitätssicherung physiotherapeutischer Versorgung nicht zwangsläufig verbessert. Vielmehr besteht das Risiko, dass der Fokus auf einzelne Maßnahmen gelenkt wird, anstatt auf die Steuerung des gesamten Therapieprozesses entsprechend der individuellen Zielsetzung und Teilhabesituation des Kindes. Sollte ein eigenständiger fachlicher Erarbeitungsprozess für die Beschreibung der Heilmittelposition nicht vorgesehen sein, halten wir es für erforderlich, die Auswirkungen auf das Bobath-Konzept gesondert zu prüfen. Vojta und Bobath stellen unterschiedliche therapeutische Ansätze in der Behandlung von Kindern mit neurologischen Erkrankungen dar und sollten daher nicht pauschal gemeinsam bewertet werden. Das Bobath-Konzept befindet sich seit vielen Jahren in einem kontinuierlichen wissenschaftlichen und konzeptionellen Weiterentwicklungsprozess. Dies wird unter anderem im aktuellen Curriculum des Bobath-Konzeptes (2023) unter den Abschnitten „Ursprünge des Bobath-Konzeptes“ sowie „Stetige Weiterentwicklung des Bobath-Konzeptes“ ausdrücklich beschrieben. Eine Bewertung	Kenntnisnahme. Die Aufzählung physiotherapeutischer Maßnahmen in Satz 6 ist nicht als abschließende Maßnahmenliste zu verstehen. Dies wird mit dem Wort „insbesondere“ gekennzeichnet. Es wird beispielhaft die fachliche Ausrichtung des Heilmittels konkretisiert und lässt die indikationsbezogene, patientenzentrierte und prozessorientierte Ausgestaltung der Behandlung im Einzelfall unberührt. Zum Vorschlag der Umbenennung des Heilmittels verweisen wir auf die Würdigung unter der lfd. Nummer 10	Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
		des Konzeptes sollte daher den aktuellen Entwicklungsstand und die fortlaufende fachliche Weiterentwicklung berücksichtigen. Darüber hinaus erscheint es aus unserer Sicht sinnvoll, im Zuge einer Neufassung die Bezeichnung des Heilmittels von „Krankengymnastik ZNS Kinder“ in „Physiotherapie ZNS Kinder“ zu ändern. Dies würde der aktuellen Berufsbezeichnung, dem modernen physiotherapeutischen Selbstverständnis sowie der internationalen Terminologie besser entsprechen und die Anschlussfähigkeit an nationale und internationale fachliche Entwicklungen verbessern.		
12.	Bobath-Zukunft	Die Frage, ob zwischen Säuglingen und Kindern sowie Erwachsenen Unterschiede in den Wirkprinzipien bestehen, wird von vielen Expert*innen aufgrund unbekannter Wirkmechanismen mit „keine Unterschiede“ beantwortet. Zusammenfassung der Heilmittel KG ZNS und KG ZNS Kinder unter §19 Absatz 3 Nummer 5 in der Beschlussentwurf: Aufgrund der grundsätzlichen Unterschiede zwischen den Personengruppen, für die die Heilmittelpositionen KG-ZNS-Kinder und KG-ZNS vorgesehen sind, halten wir eine Zusammenführung dieser beiden Heilmittelpositionen für fachlich nicht zielführend. Die Unterschiede ergeben sich nicht nur aus den jeweiligen Diagnosen und Krankheitsbildern, sondern insbesondere aus den entwicklungs-neurologischen Voraussetzungen der Patientinnen und Patienten. Bei Kindern müssen die Prozesse von Entwicklung, Reifung und Wachstum sowie deren langfristige Auswirkungen auf Funktion, Aktivität und Teilhabe berücksichtigt werden. Therapeutische Entscheidungen er-fordern daher stets eine Einschätzung der komplexen Wechselwirkungen zwischen neurologischer Schädigung, Entwicklungsverlauf und Umweltfaktoren. Im Kindesalter besteht die zentrale therapeutische Aufgabe darin, motorische Lernprozesse, die Entwicklung neuronaler Netzwerke sowie den Erwerb von Handlungs- und Bewegungsstrategien zu unterstützen. Dies geschieht vor dem Hintergrund eines sich noch entwickeln-den Nervensystems, das entweder von Geburt an neuroanatomische Besonderheiten aufweist oder durch frühkindliche Läsionen beeinflusst wurde. Therapie zielt daher nicht allein auf die Verbesserung vorhandener Funktionen ab, sondern auf die Begleitung und Ermöglichung von Entwicklungsprozessen. Demgegenüber verfügen erwachsene Patientinnen und Patienten in der Regel bereits über ausgereifte motorische, kognitive und alltagsbezogene Handlungskonzepte. Nach einer erworbenen neurologischen Schädigung besteht die therapeutische Zielsetzung häufig darin, den Zugang zu bereits erlernten Fähigkeiten und Handlungsstrategien wiederherzustellen,	Die Hinweise werden zur Kenntnis genommen. Dem Änderungsvorschlag beziehungsweise der zugrunde liegenden Bewertung wird nicht gefolgt. Die Stellungnahme geht davon aus, dass KG-ZNS und KG-ZNS-Kinder durch die gemeinsame Darstellung in § 19 Absatz 3 Nummer 5 HeilM-RL fachlich zusammengeführt würden. Dies ist nicht der Fall. KG-ZNS und KG-ZNS-Kinder bleiben weiterhin eigenständige Heilmittel mit unterschiedlichen Anwendungsbereichen und spezifischen fachlichen Anforderungen. Die gemeinsame Regelung dient der systematischen und sprachlichen Neufassung der Heilmittelbeschreibung, nicht der inhaltlichen Gleichsetzung der Versorgung von Kindern und Erwachsenen. Der besonderen Situation von Kindern wird im Beschlussentwurf ausdrücklich Rechnung getragen. So ist die Verordnung von KG-ZNS-Kinder weiterhin auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres bezogen. Zudem werden insbesondere bei angeborenen oder frühkindlich erworbenen Schädigungen des zentralen Nervensystems entwicklungs-	Keine Änderung.

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
		vorhandene Ressourcen zu reaktivieren und Kompensations- beziehungsweise Adaptationsstrategien zu entwickeln. Vor diesem Hintergrund erscheint die im Dokument dargestellte Schlussfolgerung, zwischen Kindern und Erwachsenen bestünden aufgrund unklarer Wirkmechanismen keine relevanten Unterschiede, aus unserer Sicht nicht nachvollziehbar. Unabhängig von den zugrunde liegenden Wirkmechanismen einzelner Therapiekonzepte unterscheiden sich die neurobiologischen Voraussetzungen, die Therapieziele, die therapeutischen Prozesse sowie die langfristigen Perspektiven von Kindern und Erwachsenen grundlegend. Zusammenfassend gilt aus unserer Sicht weiterhin: Kinder sind keine „kleinen Erwachsenen". Dieser Grundsatz muss sich auch in der Struktur und Beschreibung der Heilmittelpositionen widerspiegeln.	abhängige Funktionen, alters- und lebensweltbezogene Anforderungen sowie daraus resultierende relevante Risiken gesondert hervorgehoben. Die Neufassung stellt daher nicht infrage, dass sich Kinder und Erwachsene hinsichtlich neurobiologischer Voraussetzungen, Entwicklungsprozessen, therapeutischer Zielsetzungen und lebensweltlicher Anforderungen unterscheiden. Eine weitergehende Änderung ist nicht erforderlich.	
13.	**IVG**	**1. Einführung** Im Namen der Internationalen Vojta Gesellschaft (IVG) bedanken wir uns herzlich für die Gelegenheit, zum Entwurf des Beschlusses sowie zu den Tragenden Gründen im Rahmen des Beratungsverfahrens zur Überprüfung der KG-ZNS-Richtlinie Stellung zu nehmen. **Zielsetzung und Aufgaben der Internationalen Vojta Gesellschaft** Die IVG verfolgt gemäß ihrer Satzung eine primär wissenschaftliche Zielsetzung. Unsere Arbeit konzentriert sich auf die Erforschung, Weiterentwicklung und praktische Anwendung des Lokomotionsprinzips in Diagnostik und Therapie nach Dr. V. Vojta. Die wissenschaftliche Aktivität der IVG spiegelt sich in einer jahrzehntelangen Kontinuität wider – dokumentiert durch eine eigene Literaturdatenbank, regelmäßige Publikationen unserer Mitglieder sowie die Durchführung von oder Teilnahme an internationalen Fachtagungen und Symposien. Als Fachgesellschaft sichern wir zudem durch die kontinuierliche Aus- und Fortbildung von Medizinern und Physiotherapeuten die Qualität und den aktuellen wissenschaftlichen Standard in der Patientenversorgung.	Kenntnisnahme.	Keine Änderung.
14.	IVG	**1.2 Keine Diffamierung der Vojta-Therapie ohne hinreichende Belege** Die bei Einleitung des Beratungsverfahrens verwendete Rhetorik eines „möglichen Schädigungspotenzials" hat bereits erhebliche Kollateralschäden in der Versorgungspraxis verursacht. Verunsicherte Eltern und Ärzte, ein spürbarer Rückgang an Verordnungen sowie Absagen von Weiterbildungsplätzen sind die direkten Folgen in der Versorgung. Aus den Stellungnahmen aller antwortenden Fachgesellschaften […] geht hervor, dass es **keinerlei wissenschaftlichen Nachweis für Schädigungen**, andere nachteilige Effekte oder	Kenntnisnahme. Anlass des Beratungsverfahrens waren Hinweise aus der Versorgungspraxis zu möglichen Belastungen beziehungsweise Risiken bei der Anwendung der Vojta-Therapie, insbesondere bei Säuglingen und Kleinkindern. Die Tragenden Gründe stellen die hierzu eingeholten Rückmeldungen und die verfügbare Evidenz	Keine Änderung.

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
		Unwirksamkeit gibt. Dennoch wird dieser Verdacht weder im Beschlussentwurf noch in den Tragenden Gründen explizit entkräftet. Auch wenn die Evidenz in einigen Bereichen noch Schwächen aufzeigt, belegen die Daten ausschließlich positive klinische Effekte – negative Auswirkungen oder Unwirksamkeiten wurden in keinem Fall nachgewiesen. Wir fordern den G-BA auf, - ein offenbar nur von einzelnen Stimmen vorgetragenes und weder in Studien belegtes noch in den wissenschaftlichen Fachgesellschaften anerkanntes „Schädigungspotenzial“ nicht zur Grundlage seiner Entscheidung zu machen oder - über seine Beschlussfassung und seine Ausführungen in den Tragenden Gründen nicht den Eindruck zu vermitteln, die Vojta-Therapie würde ein gegenüber anderen Heilmitteln hinausgehendes Risiko in sich tragen.	differenziert dar (vgl. lfd. Nummer 44). Ein gesicherter wissenschaftlicher Nachweis für Schädigungen durch die Vojta-Therapie wird darin nicht zum Ausdruck gebracht. Der Beschluss beruht nicht auf der Feststellung eines spezifischen Schädigungspotenzials der Vojta-Therapie. Vielmehr werden die Regelungen zu den Heilmitteln KG-ZNS und KG-ZNS-Kinder konzeptoffen und indikationsbezogen beschrieben sowie Anforderungen an Aufklärung, Anleitung und die Berücksichtigung von Risiken und Warnzeichen konkretisiert.	
15.	IVG	**1.4 Richtigstellung fundamentaler Missverständnisse zur Neurophysiologie und zum Alltagsbezug in den Tragenden Gründen** Uns ist bewusst, dass die in den Tragenden Gründen zusammengefassten Fehlannahmen teilweise auf Rückmeldungen einzelner Stellungnehmenden zurückgehen. Es besteht jedoch das akute Risiko, dass der G-BA nicht überprüfte, fachlich unpräzise Mindermeinungen in seine finale Begründung übernimmt. Im Sinne einer sachlich neutralen und rechtssicheren Richtlinienanpassung müssen die im Syntheseprozess entstandenen systematischen Fehlinterpretationen dritter Fachgesellschaften in den folgenden Kernkomplexen korrigiert werden: **I. Das funktionell-ontogenetische Missverständnis:** Im Diskurs wird behauptet, dass die Vojta-Therapie auf dem überholten Dogma einer „strikt hierarchisch-chronologischen Entwicklung“ basiere und auf alltagsbezogene Zielstellungen, Aufgabenorientierung sowie Motivation und Alltagsautonomie verzichte. Diese Interpretation verwechselt die Voraussetzung einer neurophysiologischen Intervention mit deren Zielstellung. Die idealmotorische Ontogenese dient in der Praxis als hocheffizientes qualitatives Referenzsystem (Assessment) zur Beurteilung des neurophysiologischen Status, um pathologische Blockaden präzise von gesunder Variabilität abzugrenzen. Aus dieser Befundanalyse werden für jeden Patienten individuelle, aktivitäts- und teilhabebezogene Ziele formuliert. Das durch die Aktivierung entstehende „neurologische Zeitfenster“ wird direkt nach jeder Therapieeinheit genutzt, um die funktionelle Basisstabilität (posturale Kontrolle) unmittelbar in alltagsrelevante, motivierte Aktivitäten zu überführen.	Die Hinweise werden zur Kenntnis genommen. Eine Anpassung der Tragenden Gründe ist nicht erforderlich. Die Tragenden Gründe stellen die im Beratungsverfahren eingebrachten Rückmeldungen und Erkenntnisse zusammenfassend dar. Sie enthalten keine abschließende fachwissenschaftliche Bewertung einzelner Wirkannahmen, Konzepte oder Anwendungsformen der Vojta-Therapie. Mit dem Beschluss wird KG-ZNS bzw. KG-ZNS-Kinder indikationsbezogen und konzeptoffen beschrieben. Weitergehende Ausführungen zu neurophysiologischen Grundlagen oder zur aktuellen Anwendungspraxis einzelner Verfahren sind hierfür nicht erforderlich. Der Begriff „Vojta-Prinzip“ ist nicht das vom GBA verwendete Wording, da mit Blick auf das Beratungsthema die Vojta-Therapie als eigenständiges Konzept bewertet wurde.	Keine Änderung.

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
		II. **Das neurobiologische Missverständnis:** Die Behauptung, die Vojta-Therapie basiere auf einem unbewiesenen Ansatz, der den Körper über rein propriozeptive Hautafferenzen auf Ebene eines einfachen spinalen Reflexbogens (CPG) triggere und auf „tonische Muskelkontraktionen“ reduziere, ist fachlich unpräzise. Reine Oberflächenreize der Haut generieren keine Propriozeption. Die zur Aktivierung erforderliche Afferenz wird neben den exakten Auslösezonen durch bestimmte Ausgangsstellungen mit definierten Winkelstellungen erzeugt. Die Evidenz zeigt, dass mittels fMRT eine signifikante Aktivierungssteigerung in subkortikalen und supraspinalen Netzwerken, insbesondere der pontomedullären Formatio reticularis (PMRF), dem Kleinhirn und dem Putamen (Zentren der posturalen Haltungskontrolle und motorischen Automatisierung) nachgewiesen wurde, während ergänzende EEG-Daten die kortikale Bahnung des supplementär-motorischen Areals (SMA) und des primären motorischen Kortex (M1) belegen. Die efferente Antwort ist keine „tonische Muskelkontraktion“, sondern ein hochdynamischer Bewegungskomplex mit direkt nachgewiesenen Soforteffekten (Czajkowska et al., 2019; Perales-López et al., 2024; Qian et al., 2025). **Das „Vojta-Prinzip“ ist kein Konzept:** Die Verwendung des Begriffes „Konzept“ führt zu der Annahme, es habe keine Modifikation stattgefunden. Das neurophysiologische Fundament nach Vojta ist jedoch als naturwissenschaftliches Prinzip (das „Vojta-Prinzip“) zu verstehen. Die Gesetzmäßigkeiten der Reflexlokomotion sind evolutionsbiologisch verankerte Konstanten – sie verändern sich ebenso wenig wie die Anatomie des Nervensystems selbst. Während der biologische Kern stabil bleibt, passt sich die klinische Anwendungspraxis kontinuierlich an moderne wissenschaftliche Erkenntnisse an. Dies betrifft die feine, prozessbegleitende Anpassung der Heimprogramme an die individuellen Belastungsgrenzen der Familien, das moderne, bindungsorientierte Eltern-Coaching (Forschungspreis Soraya Pacheco da Costa, 2025; Bindungsschutz belegt durch San-Martín-Gómez et al., 2026a, 2026b) sowie die quantitative Validierung zur datengestützten Objektivierung klinischer Ergebnisse mittels Deep-Learning-Algorithmen (Velázquez-Iglesias et al., 2025) und Inertialsensoren (IMUs; Fionn Bayley et al., 2026). Die Beibehaltung des stabilen neurophysiologischen Kerns ist kein Defizit, sondern das Fundament für die hohe Standardisierung, Reproduzierbarkeit und Patientensicherheit der Methode.	Das Wort „Konzept“ ist dabei hinreichend neutral. Im Übrigen verweisen wir auf die Würdigung in den Tragenden Gründen zu Kapitel 4.1 – Wirkprinzipien und Entwicklung des Therapiekonzeptes.	

C-6.1.2 Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen zum Beschlussentwurf

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
16.	**BED**	Zustimmung zur Richtung der Änderung, zugleich Klarstellungsbedarf: Der BED begrüßt, dass der Beschlussentwurf KG-ZNS und KG-ZNS-Kinder nicht mehr über einzelne Konzeptbezeichnungen beschreibt, sondern indikations-, funktions- und zielbezogen fasst. Dies kann eine wichtige fachliche Öffnung darstellen. Entscheidend ist jedoch, dass diese Öffnung nicht nur im Richtlinientext erfolgt. Solange die physiotherapeutischen Vertragsanlagen nach § 125 SGB V, insbesondere Leistungsbeschreibung, Vergütungspositionen sowie Regelungen zur Weiterbildung und Abrechnungserlaubnis, weiterhin auf Bobath, Vojta und PNF ausgerichtet sind, bleibt die Konzeptoffenheit praktisch begrenzt. Der BED nimmt hierzu nicht aus einer physiotherapeutischen Binnenperspektive Stellung. Maßgeblich sind aus Sicht des BED eine konsistente Heilmittel-Systematik, Patientensicherheit sowie die klare Abgrenzung zu eigenständigem ergotherapeutischem Bedarf.	Kenntnisnahme.	Keine Änderung.
17.	**DGSPJ**	Es bedarf folgender Überarbeitung der neuen Nummer 5 des § 19 Abs. 3 unter folgenden Gesichtspunkten: - Priorisierung von Aktivität und Teilhabe (ICF) - Berücksichtigung der besonderen Anforderungen des sich entwickelnden Nervensystems im Kindes- und Jugendalter. - Explizite Nennung von Kindern mit chronischen neurologischen Erkrankungen, Mehrfachbehinderungen und Entwicklungsstörungen als zentrale Zielgruppe. - Stärkere Berücksichtigung des familiären und sozialen Umfelds im Sinne einer familienzentrierten Versorgung. - Berücksichtigung einer Evaluation zur Qualitätssicherung (der letzte Absatz sollte von einer reinen „Nebenwirkungsvermeidungsbeschreibung hin zur Aufforderung der Qualitätssicherung entwickelt werden). Begründung: Die aktuelle Beschreibung von KG-ZNS-Kinder ist weiterhin überwiegend funktions- und defizitorientiert. Die besonderen Anforderungen des Kindes- und Jugendalters, insbesondere die Förderung von Entwicklung, Aktivität und Teilhabe, die Versorgung von Kindern mit komplexen Behinderungen und Entwicklungsstörungen sowie die familienzentrierte Ausrichtung der Therapie werden bislang nicht ausreichend berücksichtigt. Sie bildet keine geeignete Beschreibung für eine Therapie, die sich an evidenzbasierten Prinzipien orientieren soll. Auch wird die evidenzbasierte Evaluation (Qualitätssicherung) nicht berücksichtigt. Gruppentherapie stellt eine evidenzbasierte Zusatzoption für die Physiotherapie dar und sollte immanente Option von ZNS-Kind mit aufgeführt werden.	Kenntnisnahme. Dem Vorschlag des Stellungnehmers wird grundsätzlich nicht gefolgt. Die Überarbeitung von § 19 Absatz 3 Nummer 5 berücksichtigt ICF-bezogen sowohl die Ebenen der Körperfunktionen und -strukturen als auch der Aktivität und Teilhabe. Gleichzeitig tragen die Regelungen der Komplexität neurologischer Erkrankungen unter Berücksichtigung der Reifung des Nervensystems sowie altersabhängiger Unterschiede (Kinder/Erwachsene) Rechnung (siehe Tragende Gründe zum Beschlussentwurf). Bei der Regelung in § 19 Absatz 3 Nummer 5 handelt es sich nicht um eine Indikationsliste. Die Zielgruppe des Heilmittels ergibt sich aus dem Heilmittelkatalog und den Diagnosegruppen. Die Regelung in § 19 Absatz 3 Nummer 5 berücksichtigt die Einbindung von Bezugspersonen ausdrücklich: Satz 9 verpflichtet die Therapeutin oder den Therapeuten zur umfassenden Aufklärung und praktischen Anleitung mitwirkender	Änderung in Satz 9 wie nebenstehend abgebildet.

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
			Bezugspersonen. Satz 10 konkretisiert dies für KG-ZNS-Kinder durch eine ausdrückliche Aufklärungspflicht über Risiken der Therapie und relevante Warnzeichen sowie die Anforderung einer umfassenden praktischen Anleitung. Damit wird dem besonderen Stellenwert insbesondere des familiären Umfelds in der Versorgung von Kindern mit neurologischen Erkrankungen Rechnung getragen. Die Regelung in § 19 Absatz 3 Nummer 5 Satz 7 verpflichtet die Therapeutin oder den Therapeuten, die zur Anwendung kommenden physiotherapeutischen Maßnahmen sowie die Therapieziele abhängig vom Therapieverlauf fortlaufend zu überprüfen und bei Bedarf anzupassen. Diese Verpflichtung zur therapiebegleitenden Verlaufskontrolle schließt die Überprüfung der Zielerreichung ein und ist nicht auf die Vermeidung unerwünschter Wirkungen beschränkt. Der Stellungnahme wird dennoch insofern gefolgt, dass zur stärkeren Berücksichtigung des familiären und sozialen Umfelds in Satz 9 die Ergänzung „*sowie bedarfsweise in die Behandlung einzubinden*“ eingefügt wird. Mitwirkende Bezugspersonen sind danach nicht nur umfassend über das therapeutische Vorgehen aufzuklären und praktisch anzuleiten, sondern bedarfsweise in die Behandlung einzubinden. Den Aspekt der Gruppentherapie betreffend wird auf die lfd. Nummer 22 verwiesen.	
18.	DGSPJ	Im Einzelnen schlagen wir folgende neue Neuformulierungen vor: Satz 4 und 5: KG-ZNS und KG-ZNS-Kinder dienen insbesondere der Förderung von Aktivität, alltagsrelevanter Selbstständigkeit und Teilhabe im familiären, sozialen und bildungsbezogenen Umfeld. Sie tragen	Kenntnisnahme. Dem Vorschlag des Stellungnehmers wird teilweise gefolgt. Eine Umstellung der Sätze 4 und 5 ist nicht	Änderung: Ergänzung in Satz 5

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
		sowohl zur Verbesserung und Wiederherstellung der Muskelfunktion (Muskelkraft, -ausdauer, -koordination und -tonus), der Förderung von Bewegung, Koordination, Haltung, posturaler Kontrolle und Gleichgewicht, der Verbesserung sensorischer und propriozeptiver Funktionen sowie der Stabilisierung vegetativer Funktionen als auch zur Vermeidung sekundärer Schädigungen einschließlich des Erhalts der Gelenkfunktion bei. Begründung: Die bisherige Reihenfolge der Inhalte von Satz 4 und 5 muss geändert werden. Darzustellen ist die primäre Ausrichtung und Fokussierung der Therapie auf Teilhabe gemäß ICF als Basis jeder modernen Neurorehabilitation.	erforderlich, da die Heilmittel-Richtlinie bereits in § 17 übergeordnet klarstellt, dass Therapieziel der Physiotherapie das Erreichen der größtmöglichen Funktionsfähigkeit im Sinne der ICF ist. Zur stärkeren Sichtbarmachung des Teilhabebezugs wird Satz 5 jedoch punktuell ergänzt. Im Übrigen wird auf die lfd. Nummer 17 verweisen.	zur Teilhabe.
19.	DGSPJ	[6]Physiotherapeutische Maßnahmen nach Satz 1 sind insbesondere: a) Beratung, Anleitung und Coaching von Eltern, Bezugspersonen sowie weiteren am Alltag des Kindes beteiligten Personen zur Förderung funktioneller Fähigkeiten, Aktivität und Teilhabe in den natürlichen Lebenswelten des Kindes. b) zielgerichtetes, aufgaben- und kontextspezifisches Training alltagsrelevanter Aktivitäten unter Berücksichtigung individueller Teilhabeziele des Kindes und seiner Familie, einschließlich der Nutzung vorhandener Hilfsmittel, c) aufgabenorientiertes Üben komplexer Handlungen („Whole-Task-Approach“) in natürlichen Lebenssituationen mit Förderung von Selbstständigkeit, Selbstwirksamkeit, Problemlösestrategien und motorischem Lernen, d) Maßnahmen zur Verbesserung der manuellen, bimanuellen und mobilitätsbezogenen Fähigkeiten sowie ihrer Integration in Aktivitäten des täglichen Lebens, in Spiel, Bildung und Freizeit, e) Maßnahmen zur Förderung von Bewegung, Haltung, Mobilität und posturaler Kontrolle einschließlich Gleichgewicht, Bewegungsübergängen, Transfers sowie der Regulation von Muskeltonus und vegetativen Funktionen, f) Maßnahmen zur Verbesserung von Muskelkraft, Ausdauer, Koordination, sensomotorischen und propriozeptiven Funktionen sowie zur Vermeidung sekundärer Schädigungen und zum Erhalt der Gelenkfunktion, Begründung: Die DGSPJ hält die Änderung dieser Auflistung für essentiell, mit folgender Begründung: 1. Es fehlen relevante Maßnahmen, insbesondere evidenzbasierte. 2. Die ICF muss abgebildet werden. 3. Die Priorisierung muss durch die Reihenfolge zum Ausdruck kommen.	Kenntnisnahme. Dem Vorschlag des Stellungnehmers wird nicht gefolgt. Satz 6 beschreibt die für die physiotherapeutische Behandlung von Schädigungen des zentralen Nervensystems wesentlichen Maßnahmenkomponenten in konzeptoffene Weise. Die Aufzählung ist nicht abschließend und schließt aufgaben-, alltags- oder kontextspezifische Vorgehensweisen nicht aus, soweit sie der physiotherapeutischen Zielsetzung des Heilmittels entsprechen. Die Einzelheiten sind in den Verträgen nach § 125 Absatz 1 SGB V geregelt. Die Richtlinienformulierung ist zudem ICF-basiert.	Keine Änderung.

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
		4. Der bisherige Satz 6 begünstigt die Anwendung der bisher in KG- ZNS-Kind angewendeten Verfahren (Bobath, Vojta) ohne eine ausreichende Grundlage für eine Weiterentwicklung in Richtung evidenzbasierter Verfahren zu ermöglich.		
20.	DGSPJ	Satz 7: Die Maßnahmen und das Erreichen der Therapieziele sind durch eine standardisierte Befunderhebung regelmäßig zu evaluieren und entsprechend dem Therapieverlauf anzupassen. Hierbei sollen geeignete evidenzbasierte Verfahren der Verlaufs- und Ergebnisbeurteilung eingesetzt werden. Die Behandlung orientiert sich an den individuellen funktionellen Ressourcen, Entwicklungszielen sowie an der Förderung von Aktivität und Teilhabe. Begründung: Die DGSPJ empfiehlt dringend, die Sätze 7-10 von einer Nebenwirkungsfokussierung hin zu einer evidenzbasierten Qualitätskontrolle zu entwickeln. Die Sätze 7-10 der G-BA-Formulierung reduzieren Qualitätskontrolle im Wesentlichen auf die Vermeidung von bzw. Aufklärung über Nebenwirkungen. Demgegenüber stellt eine evidenzbasierte, an Therapiezielen orientierte Qualitätskontrolle die wirksamere Prävention von Nebenwirkungen dar. Die vorgeschlagene Formulierung wird dem Anspruch einer modernen Physiotherapie nicht gerecht. Im Mittelpunkt des Qualitätsmonitorings sollten Therapieziele und therapeutische Maßnahmen stehen, vorzugsweise auf Grundlage evidenzbasierter Verfahren. So ist beispielsweise die Verbesserung der Eltern-Kind-Interaktion ein zentrales Therapieziel und daher als erster Punkt im Maßnahmenkatalog aufzuführen (s.o.). Das konsequente Monitoring dieses Therapieziels stellt zugleich die wirksamste Prävention der in Satz 10 genannten Nebenwirkungen dar.	Kenntnisnahme. Dem Vorschlag des Stellungnehmers wird nicht gefolgt. Satz 7 stellt bereits klar, dass die zur Anwendung kommenden physiotherapeutischen Maßnahmen sowie die Therapieziele abhängig vom Therapieverlauf fortlaufend zu überprüfen und bei Bedarf anzupassen sind. Damit wird eine begleitende Evaluation der Behandlung und des Therapieprozesses in der Heilmittel-Richtlinie berücksichtigt. Weitergehende Vorgaben zu standardisierten Befunderhebungen, evidenzbasierten Verfahren der Verlaufs- und Ergebnisbeurteilung oder konkreten Instrumenten der Qualitätssicherung sind nicht Gegenstand der Heilmittel-Richtlinie. Anforderungen an die Verlaufsdokumentation sind zudem bereits in den Verträgen nach § 125 Absatz 1 SGB V geregelt. Danach hat der zugelassene Leistungserbringer für jede behandelte Versicherte und jeden behandelten Versicherten eine Verlaufsdokumentation zu führen und kontinuierlich je Behandlungseinheit fortzuschreiben.	Keine Änderung.
21.	DGSPJ	Satz 9: Mitwirkende Bezugspersonen sind in die Festlegung der Therapieziele, die Umsetzung der therapeutischen Maßnahmen sowie die Bewertung des Therapieverlaufs einzubeziehen; die Förderung der Eltern-Kind-Interaktion und die Unterstützung eines entwicklungsförderlichen Umgangs mit dem Kind sind wesentliche Bestandteile der Behandlung. Begründung: Die DGSPJ empfiehlt dringend die Änderung dieses Satzes. Bezugspersonen und Eltern sind nicht Informationsempfänger, sondern zentrale Mitgestalter der Therapie.	Kenntnisnahme. Dem Vorschlag des Stellungnehmers wird teilweise gefolgt, in dem eine Ergänzung in Satz 7 zur *Berücksichtigung der Rückmeldung der Patientinnen und Patienten und ggf. mitwirkenden Bezugspersonen* aufgenommen wird. Satz 9 regelt die Aufklärung und praktische Anleitung mitwirkender Bezugspersonen,	Ergänzung in Satz 7 wie nebenstehend beschrieben.

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
			soweit diese in die Umsetzung physiotherapeutischer Maßnahmen einbezogen werden. Damit wird berücksichtigt, dass Bezugspersonen insbesondere bei KG-ZNS-Kinder eine wichtige Rolle für die Umsetzung der Behandlung im Alltag oder im häuslichen Umfeld haben.	
22.	DGSPJ	Satz 11: Die Behandlung kann auch als Gruppentherapie durchgeführt werden. Begründung: Explizit sollten Gruppenangebote gefördert werden und Hürden in der Praxis (getrennte Verschreibungswege) zum Einsatz derselben abgebaut werden. Es besteht ein grundsätzlicher Mangel an Gruppenangeboten, dies ist aus der Perspektive der Evidenz nicht gerechtfertigt. Der bisherige Satz 11 verantwortet diesen Versorgungsengpass wesentlich mit.	Kenntnisnahme. Dem Vorschlag des Stellungnehmers wird nicht gefolgt. Eine Abkehr vom bestehenden Grundsatz, dass KG-ZNS und KG-ZNS-Kinder ausschließlich als Einzeltherapie verordnet werden, ist nicht veranlasst. Die Stellungnahme enthält keine hinreichenden Belege dafür, dass eine regelhafte Öffnung für Gruppentherapie bei den von KG-ZNS und KG-ZNS-Kinder erfassten Patientengruppen medizinisch sachgerecht und patientensicher wäre. Zu Bedenken sind die Heterogenität der Krankheitsbilder und vorhandenen Schädigungen. Zudem muss der funktionell unterschiedliche Schweregrad, verbunden mit einem erhöhten Unterstützungsbedarf sowie die Notwendigkeit einer intensiven therapeutischen Zuwendung bedacht werden, um den Patienten gerecht zu werden Soweit im Einzelfall eine Behandlung in der Gruppe medizinisch geeignet ist, bestehen unter der Diagnosegruppe ZN weiterhin unverändert Verordnungsmöglichkeiten für KG-Gruppe sowie KG im Bewegungsbad Gruppe.	Keine Änderung.

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
23.	**DGiNR**	§ 19 Absatz 3, Nummer 5: [7]Die zur Anwendung kommenden physiotherapeutischen Maßnahmen sowie die Therapieziele sind abhängig vom Therapieverlauf ~~insbesondere im Hinblick auf unerwünschte Wirkungen~~ fortlaufend zu überprüfen und bei Bedarf anzupassen. Begründung: Im Regelfall, insbesondere bei Physiotherapie von Erwachsenen, sollte die Zielorientierung stärker betont werden als die Nebenwirkungen	Kenntnisnahme. Dem Vorschlag des Stellungnehmers wird teilweise gefolgt, in dem das Wort „insbesondere“ durch das Wort „auch“ ausgetauscht wird.	**Anpassung in Satz 7** Die Änderung in Satz 7 wird wie nebenstehend vorgenommen.
24.	**Bobath-Zukunft**	Entwurf des GBA über konzeptneutrale Änderung der Heilmittelrichtlinie §19 Absatz 3: Aus unserer Sicht sollten Heilmittelpositionen in erster Linie die fachlichen Anforderungen an den therapeutischen Entscheidungs- und Handlungsprozess beschreiben. Hierzu gehören insbesondere die für den Clinical-Reasoning-Prozess erforderlichen Wissensbestände sowie die wesentlichen Prozessschritte physiotherapeutischer Versorgung, wie Anamnese, Befunderhebung, Zieldefinition, Therapieplanung, Evaluation und Dokumentation. Darüber hinaus sollte die Berücksichtigung des individuellen Lebensumfeldes der Patientinnen und Patienten ausdrücklich einbezogen werden, da dieses maßgeblich zur Nachhaltigkeit therapeutischer Interventionen beiträgt. Auf dieser Grundlage können die jeweils erforderlichen therapeutischen Maßnahmen individuell abgeleitet, kombiniert und hinsichtlich ihrer Dosierung an die Bedürfnisse des Kindes angepasst werden. Die Auswahl einzelner Maßnahmen ist dabei Ergebnis eines strukturierten therapeutischen Entscheidungsprozesses und nicht dessen Ausgangspunkt. Die im Beschlussentwurf vorgesehene starke Fokussierung auf einzelne Maßnahmen auf der Ebene der Körperfunktionen und -strukturen der ICF wird den Anforderungen einer modernen, evidenzbasierten und personenzentrierten Physiotherapie aus unserer Sicht nicht gerecht. Eine qualitätsgesicherte Versorgung zeichnet sich nicht primär durch die Aufzählung bestimmter Maßnahmen aus, sondern durch ein methodisch begründetes Vorgehen, das auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen basiert, individuell auf die Bedürfnisse des Kindes abgestimmt wird und durch standardisierte Evaluation so-wie nachvollziehbare Dokumentation begleitet wird. Für die Personengruppe, für die das Heilmittel KG-ZNS-Kinder verordnet wird, wird Therapie in der wissenschaftlichen Literatur und im Kontext evidenzbasierter Versorgung als komplexe Intervention verstanden. Komplexe Interventionen sind dadurch gekennzeichnet, dass therapeutische Entscheidungen nicht auf einzelne Maßnahmen reduziert werden	Kenntnisnahme. Dem Vorschlag des Stellungnehmers wird nicht gefolgt. Die Heilmittelbeschreibung in § 19 Absatz 3 Nummer 5 dient der Beschreibung von Zielsetzung und wesentlichen Maßnahmenkomponenten von KG-ZNS und KG-ZNS-Kinder in Bezug auf die vorliegenden Schädigungen des zentralen Nervensystems. Sie ist nicht darauf ausgerichtet, den gesamten physiotherapeutischen Entscheidungs- und Handlungsprozess einschließlich Anamnese, Befunderhebung, Clinical Reasoning, Therapieplanung, Evaluation und Dokumentation im Einzelnen abzubilden. Der Beschlussentwurf schließt ein strukturiertes, patientenbezogenes und am Therapieverlauf orientiertes Vorgehen nicht aus. Vielmehr stellt Satz 7 bereits klar, dass die zur Anwendung kommenden physiotherapeutischen Maßnahmen sowie die Therapieziele abhängig vom Therapieverlauf fortlaufend zu überprüfen und bei Bedarf anzupassen sind. Anforderungen an Dokumentation und weitere Einzelheiten der Leistungs-	Keine Änderung.

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
		können, sondern die Berücksichtigung vielfältiger Einflussfaktoren und deren Wechselwirkungen erfordern. Hierzu zählen unter anderem die neurologische Ausgangssituation, Entwicklungs-stand, Aktivität, Teilhabe, Umweltfaktoren, familiäre Ressourcen so-wie die individuellen Ziele des Kindes und seiner Bezugspersonen. Auch die im Heilmittelbericht 2026 des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) dargestellten Überlegungen verdeutlichen, dass die Qualität physiotherapeutischer Versorgung wesentlich durch den Clinical-Reasoning-Prozess und die Steuerung des Therapieprozesses bestimmt wird. Die therapeutische Intervention ist dabei als dynamischer Prozess zu verstehen und nicht als die bloße Summe einzelner Maßnahmen. Eine detaillierte Auflistung von Maßnahmen kann daher die Komplexität physiotherapeutischer Entscheidungsfindung nur unzureichend abbilden. Vor diesem Hintergrund bitten wir nachdrücklich darum, die notwendige Überarbeitung der Positionsbeschreibung KG-ZNS-Kinder in einem eigenständigen fachlichen Konsensprozess zu erarbeiten. Ziel sollte eine Beschreibung sein, die den Anforderungen moderner Physiotherapie, den Prinzipien komplexer Interventionen sowie den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen zur Therapieprozessgestaltung gerecht wird [5,6,7].	erbringung sind zudem Gegenstand der Verträge nach § 125 Absatz 1 SGB V.	
25.	Bobath-Zukunft	Indikationsbezogene gezielte therapeutische Maßnahmen (Satz 1 in § 19 Absatz 3 Nummer 5 HeilM-RL neu) Aus unserer Sicht sind die Indikationen im Heilmittelkatalog zu aktualisieren und sollten einer ätiologischen Systematik folgen. Indikationenliste zur Behandlung nach einer Weiterbildung für KG ZNS Kinder (Systematik nach Ätiologie) - Hirnanlagestörungen (z.B. Mikrozephalie, Balkenagenesie, Lissenzephalie, Pachygyrie, Polymikrogyrie, Schizenzephalie u.a.) - genetisch oder Stoffwechsel-bedingte Entwicklungsstörungen (z.B. Trisomie 21, Angelman-Syndrom, Glutarazidurie) - peripartal erworbene Schädigung des zentralen Nervensystems im Sinne einer Cerebralparese (spastisch, dyskinetisch, ataktisch)	Kenntnisnahme. Dem Vorschlag des Stellungnehmers wird nicht gefolgt. Vorteile einer ätiologischen Neuordnung gegenüber der bestehenden Systematik des Heilmittelkatalogs werden in der Stellungnahme nicht dargelegt. Der Vorschlag zielt auf eine Aktualisierung beziehungsweise Neuordnung der Indikationen im Heilmittelkatalog nach einer ätiologischen Systematik. Dies ist nicht Gegenstand der vorliegenden Änderung von § 19 Absatz 3 Nummer 5 HeilM-RL. Der Beschlussentwurf betrifft die Neufassung der Heilmittelbeschreibung von KG-ZNS und KG-	Keine Änderung.

[5] Mayston et al. (2026). REASON CP: a systems-based framework for clinical reasoning to support participation across the lifespan in childhood-onset neuro-disability. Fron-tiers in Public Health DOI 10.3389/fpubh.2026.1800273

[6] Schröder, Kopkow, Waltersbacher, Bachayov, Schreyögg. (2026) Heilmittel-Report 2026. Qualität der Heilmittelversorgung. Berlin, Heidelberg: Springer. doi.org/10.1007/978-3-662-73466-7

[7] Anlage 3 Grafiken zum Clinical Reasoning-Prozess und dem therapeutischen Vorgehen im Rahmen des Bobath-Konzeptes

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
		- nach Frühgeburtlichkeit - umschriebener Entwicklungsstörung der motorischen Funktion (UEMF) oder minimaler neurologischer Dysfunktion (MND) - erworbene Schädigungen des ZNS / peripheren NS durch ▪ entzündliche Erkrankungen wie z.B. Meninitis / Enzephalitis; Poliomyelitis; Guillain-Barré-Syndrom ▪ onkologische Erkrankungen - Unfallbedingte Schädigungen des ZNS wie z.B. Schädel-Hirntrauma, Zustand nach plötzlichem Kindstod (SIDS), Ertrinkungsunfall, Schüttel-trauma - Schlaffe Paresen wie z.B. Plexusparesen, Spina bifida, Querschnitts-lähmung nach Trauma - Neuromuskuläre Erkrankungen wie z.B. Muskelatrophien, -dystrophien - Sinnesbeeinträchtigungen (Sehen, Hören) - Muskelhypotonie generalisiert z.B. durch Bindegewebsschwäche - Neuroorthopädische Indikationen wie z.B. Fußfehlstellungen, Hüft-dysplasie, Lage- und Haltungsasymmetrien wie Plagiocephalus, KISS Syndrom	ZNS-Kinder, nicht jedoch eine Änderung der Diagnosegruppen oder der Zuordnung einzelner Indikationen im Heilmittelkatalog. Die Formulierung „indikationsbezogene, gezielte therapeutische Maßnahmen“ in Satz 1 beschreibt die fachliche Ausrichtung der Behandlung im Rahmen der jeweiligen Verordnung und ersetzt keine eigenständige Indikationsliste. Der Anwendungsbereich von KG-ZNS und KG-ZNS-Kinder ergibt sich weiterhin aus den Diagnosegruppen des Heilmittelkatalogs einschließlich der dort geregelten Leitsymptomatiken und verordnungsfähigen Heilmittel. Die Auflistung der Diagnosen im Heilmittelkatalog ist dabei nicht abschließend. Darüber hinaus widersprechen die Vorschläge zum Teil dem Erfordernis einer Abgrenzung zwischen zentralen und peripheren Schädigungen.	
26.	Bobath-Zukunft	Satz 1 Physiotherapeutische Maßnahmen Die Beschreibung physiotherapeutischer Maßnahmen in den Tragenden Gründen orientiert sich aus unserer Sicht überwiegend an einem Verständnis von Therapie, das für die Behandlung Erwachsener entwickelt wurde und einzelne Maßnahmen oder Techniken in den Vorder-grund stellt. Die Behandlung von Säuglingen und Kindern mit neurologischen oder entwicklungsbedingten Beeinträchtigungen erfordert da-gegen ein deutlich komplexeres Vorgehen. Die Bedeutung einer qualitätsgesicherten und bedarfsgerechten Heilmittelversorgung wurde zuletzt auch im Heilmittelbericht 2026 des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) ausführlich dargestellt. Dort wird aufgezeigt, dass bei komplexen Versorgungsbedarfen eine Orientierung an einer reinen Übungs- oder Maßnahmenlogik eher zu einer Ausweitung des Leistungsumfangs führt, ohne dass dadurch die Qualität der Versorgung nachweislich verbessert wird. Demgegenüber wird die Bedeutung einer professionellen Therapieprozesssteuerung hervorgehoben, die sich an individuellen Therapiezielen, Teilhabeaspekten und dem klinischen Verlauf orientiert.	Kenntnisnahme. Siehe lfd. Nummer 24.	Keine Änderung.

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
		Vor diesem Hintergrund halten wir eine Beschreibung der Heilmittelposition, die sich überwiegend auf einzelne physiotherapeutische Maßnahmen konzentriert, für nicht ausreichend. Aus unserer Sicht sollten vielmehr die erforderlichen Kompetenzen zur Analyse, Entscheidungsfindung und Steuerung komplexer Therapieprozesse beschrieben werden, aus denen die Auswahl konkreter Maßnahmen bzw. das therapeutische Vorgehen erst abgeleitet wird [8,9,10].		
27.	Bobath-Zukunft	Satz 2 und 3: Ausführliche Begründung siehe oben unter Kommentar zu §19 Absatz 3 Nummer 5 Die bisherige Limitierung des Altersspektrums 18 Jahre für die Position KG ZNS Kinder sollte hinsichtlich des Transitionsgedankens bei bestimmten Indikationen überdacht und erweitert werden.	Kenntnisnahme. Dem Vorschlag des Stellungnehmers wird nicht gefolgt. Der Transitionsgedanke wird grundsätzlich nachvollzogen. Mit Vollendung des 18. Lebensjahres steht die Leistung KG-ZNS zur Verfügung. Vor Vollendung des 18. Lebensjahres begonnene Behandlungen mit KG-ZNS-Kinder können über das 18. Lebensjahr hinaus abgeschlossen werden und die verordnungsfähige Leistung KG-ZNS auch von entsprechend für KG-ZNS-Kinder qualifizierten Therapeutinnen und Therapeuten erbracht werden. Eine generelle Ausweitung der Position auf Erwachsene wird daher nicht als erforderlich angesehen und könnte zudem zu Abgrenzungsschwierigkeiten sowie zu Einschränkungen beim Zugang von Kindern zu spezialisierten therapeutischen Kapazitäten führen. Aus der Stellungnahme ergeben sich keine hinreichend konkreten medizinisch-fachlichen Gründe oder Kriterien, die eine abweichende Altersgrenze rechtfertigen. Die Altersgrenze von 18 Jahren wird daher beibehalten.	Keine Änderung.

[8] Schröder, Kopkow, Waltersbacher, Bachayov, Schreyögg. (2026) Heilmittel-Report 2026. Qualität der Heilmittelversorgung. Berlin, Heidelberg: Springer. doi.org/10.1007/978-3-662-73466-7

[9] siehe Anlage 3 Grafiken Bobath Clinical Reasoning Framework und Thera-peutisches Vorgehen im Bobath-Konzept

[10] Mayston, Saloojee, Foley. (2023) The Bobath Clinical Reasoning Framework: a systems science approach to the complexity of neurodevelopmental condi-tions, including cerebral palsy. Developmental Medicine & Child Neurology 2023:00:1-9

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
28.	Bobath-Zukunft	Satz 4-6: Die im Beschlussentwurf vorgesehene starke Fokussierung auf einzelne therapeutische Maßnahmen wird den Anforderungen einer modernen, evidenzbasierten und personenzentrierten Physiotherapie aus unserer Sicht nicht gerecht. Bemerkenswert ist, dass bereits die aktuelle Leistungsbeschreibung zur Heilmittelposition KG-ZNS-Kinder im Rahmenvertrag nach § 125 Abs. 1 SGB V über die reine Durchführung therapeutischer Maßnahmen hinausgeht. Als Bestandteile der Leistung werden ausdrücklich die individuelle neurophysiologische Befundung, die Erstellung eines individuellen Behandlungsplans, die Behandlung auf Grundlage dieses Behandlungsplans sowie die Anleitung der Bezugspersonen zum Handling und zur täglichen Unterstützung des Kindes beschrieben. Damit wird deutlich, dass die physiotherapeutische Versorgung von Kindern mit Entwicklungs- und Bewegungsstörungen bereits heute als Prozess verstanden wird, der Befunderhebung, Analyse, Therapieplanung, Intervention und die Einbeziehung des familiären Umfeldes umfasst. Hinsichtlich der daraus resultierenden Anforderungen an eine zeitgemäße Beschreibung der Heilmittelposition verweisen wir auf unsere Ausführungen zu den Punkten „Physiotherapeutische Maßnahmen“ sowie „Gemeinsame Nummer 5 (Zusammenfassung KG-ZNS-Kinder und KG-ZNS)“. Aus unserer Sich ist es sinnvoll, in der Positionsbeschreibung die grundlegende Ausrichtung und Orientierung von therapeutischen Interventionen an den Dimensionen der ICF-Aktivität / Partizipation zu beschreiben. Eine qualitätsgesicherte Versorgung zeichnet sich nicht primär durch die Aufzählung bestimmter Maßnahmen aus, sondern durch ein methodisch begründetes Vorgehen, das auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen basiert, individuell auf die Bedürfnisse des Kindes abgestimmt und durch standardisierte Evaluation sowie nachvollziehbare Dokumentation begleitet wird. Zusätzlich möchten wir auf die Adaptation von Alltagsgegenständen und den physiotherapeutischen Beitrag bei der Versorgung mit Hilfsmitteln im interdisziplinären Kontext hinweisen.	Kenntnisnahme. Der Verweis auf den Rahmenvertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V begründet keine Änderung des Beschlussentwurfs. Die Regelung in § 19 Absatz 3 Nummer 5 dient der inhaltlichen Abgrenzung des Heilmittels und der Verordnungssicherheit — sie ist nicht darauf angelegt, den gesamten therapeutischen Prozess abzubilden. Die offene Formulierung „insbesondere" stellt sicher, dass die Aufzählung nicht als abschließende Methodenliste verstanden wird. Die weitergehenden Forderungen nach normativer Verankerung standardisierter Evaluation sowie nach Regelungen zur Hilfsmittelversorgung und Alltagsadaptation gehen über den Gegenstand des vorliegenden Beratungsverfahrens hinaus.	Keine Änderung.
29.	Bobath-Zukunft	Satz 7: Eine achtsame Betrachtung von Befund und Behandlung sind in jeder Therapieeinheit Standard und werden während des Therapieprozesses fortlaufend miteinander abgeglichen und evaluiert. Therapie wird so als Dialog auf Augenhöhe im gemeinsamen Abstimmungsprozess mit dem Kind und seinen Bezugspersonen verstanden. Kooperation ist als gemeinsamer Gestaltungsprozess zu verstehen als Form der Interaktion aller am Therapieprozess Beteiligter. Nur so wird Nachhaltigkeit der Therapie gewährleistet.	Kenntnisnahme. Siehe lfd. Nummer 21.	Keine Änderung.

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
30.	Bobath-Zukunft	Satz 8: Dieser Aussage stimmen wir vollumfänglich zu.	Zustimmende Kenntnisnahme.	Keine Änderung.
31.	Bobath-Zukunft	Satz 9: Bezugspersonen werden in unserem Verständnis nicht ausschließlich aufgeklärt oder praktisch angeleitet. Vielmehr sind die kontinuierliche Begleitung, Beratung und gemeinsame Reflexion des therapeutischen Vorgehens mit den Bezugspersonen wesentliche Bestandteile des therapeutischen Prozesses. Ziel ist es, Eltern und andere Bezugspersonen dabei zu unterstützen, die Fähigkeiten, Bedürfnisse und Herausforderungen ihres Kindes besser zu verstehen und entwicklungsfördernde Handlungsmöglichkeiten im Alltag zu erkennen und umzusetzen. Dabei werden die individuellen Ressourcen, Belastungen und Rahmenbedingungen der Familie berücksichtigt. Die Zusammenarbeit mit Bezugspersonen ist somit nicht als Schulung im Sinne der Vermittlung standardisierter Maßnahmen zu verstehen, sondern als fortlaufender familienorientierter Beratungs- und Unterstützungsprozess, der die nachhaltige Umsetzung von Teilhabe- und Entwicklungszielen im Alltag ermöglicht. Im Hinblick auf die Therapiesituation bedeutet dies, dass ein Übertrag (Transfer) von Therapieinhalten in den kindlichen Alltag (Teilhabe-ziele) nur durch das Einbeziehen und Mitbestimmung der engen Bezugspersonen und unter Berücksichtigung des familiären und sozialen Umfeldes mit seinen Ressourcen und Barrieren (z.B. bei psychischer Erkrankung von Mutter oder Vater, Wohnverhältnisse o.ä.) gelingen kann. Somit ist Therapie unterstützend, beratend und nicht direktiv. Sie muss individuell auf das jeweilige Kind und die Bezugspersonen abgestimmt sein. In der Kooperation mit den Bezugspersonen begegnen sich Menschen mit unterschiedlichen Lebenserfahrungen, soziokulturellem Hintergrund, Wissen und Erwartungshaltungen. Sie verabreden gemeinsames Tun im Sinne von gemeinsam abgestimmter Therapieziele.	Kenntnisnahme. Siehe lfd. Nummer 21.	Keine Änderung.
32.	Bobath-Zukunft	Satz 10: Dem ersten Teil dieser Aussage stimmen wir zu. Zum 2. Teil der Aussage „Umsetzung der Maßnahme einer entsprechenden praktischen Anleitung“ verweisen wir auf unseren Kommentar zu Satz 9.	Kenntnisnahme. Siehe lfd. Nummer 21.	Keine Änderung.
33.	Bobath-Zukunft	Satz 11: Dieser Aussage stimmen wir vollumfänglich zu.	Kenntnisnahme.	Keine Änderung.
34.	**IVG**	**Stellungnahme zur Änderung von § 19 Absatz 3 Nr. 5 Heilm-RL** Die redaktionelle Zusammenführung von KG-ZNS und KG-ZNS-Kinder im Beschlusstext unter eine Nr. 5 wird grundsätzlich begrüßt. Sie führt zu einer Vereinfachung und dient der	Kenntnisnahme.	Keine Änderung.

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
		besseren Lesbarkeit sowie Übersichtlichkeit der Richtlinie. Gleichzeitig muss dadurch aber umso mehr berücksichtigt werden, dass die nachfolgenden Formulierungen für beide Heilmittel gleichermaßen gültig und relevant sind. Dies erfordert eine konsequent alters- und konzeptübergreifende Sprache; reine Fokusformulierungen auf das Kindesalter greifen zu kurz, da die Risikobeschreibungen gleichermaßen für schwerstbetroffene erwachsene Patienten sowie deren pflegerisches Umfeld Gültigkeit besitzen müssen (wie exemplarisch in unseren Änderungsvorschlägen zu Satz 8 ausgeführt).		
35.	IVG	**2.1 Konkretisierung der Anwendungsgebiete und Behandlungsziele – S. 1, 4 und 5** Die von der IVG ausdrücklich begrüßte Neuausrichtung der Richtlinie an den Dimensionen der ICF spiegelt sich in der Definition der Anwendungsgebiete und Behandlungsziele (Zu den Sätzen 4 bis 6) sachgerecht wider. Die Fokussierung auf die funktionelle Komplexität neurologischer Erkrankungen und die ausdrückliche Berücksichtigung entwicklungsabhängiger Funktionen bei Kindern decken sich vollumfänglich mit dem neurophysiologischen und entwicklungsorientierten Ansatz der Vojta-Therapie. Wir weisen jedoch darauf hin, dass bei der Verfolgung dieser Behandlungsziele (wie Tonusregulation, posturaler Kontrolle und Haltungssteuerung) der Fokus nicht allein auf dem bewussten, alltagsbezogenen Üben liegen darf. Insbesondere bei schwerstbetroffenen, unvollständig innervierten oder non-kooperativen Patienten (z. B. Säuglinge, schwere geistige Beeinträchtigungen oder intensivpflichtige Patienten) ist eine unbewusste Anbahnung über das zentrale Nervensystem die fundamentale Voraussetzung, um die hier geforderten Behandlungsziele überhaupt erst zu erreichen.	Kenntnisnahme.	Keine Änderung.
36.	IVG	BE - Satz 6b): Maßnahmen zur Kraft- und Koordinationsförderung und **Reduktion pathologischer Ersatzmuster** Reine Trainingsansätze greifen bei ZNS-Schädigungen zu kurz. Patienten mit zentralen Läsionen entwickeln kompensatorische Ersatzmuster. Ein primäres Behandlungsziel der KG-ZNS muss die Reduktion und Inhibition dieser pathologischen Muster sein, um die neurophysiologischen Voraussetzungen für eine zielorientierte Bewegungsanbahnung sowie für größtmögliche Aktivität und Teilhabe im Sinne der ICF zu schaffen. *Die ausführliche Erläuterung entnehmen Sie unserer Stellungnahme (StN Heilm-RL_KG ZNS-IVG) unter **2.0 Bestimmung der physiotherapeutischen Maßnahmen – S. 6:*** Wir begrüßen, dass die konzeptoffene Strukturierung des neuen Maßnahmenkatalogs (Satz 6, Buchstabe a bis g) die therapeutische Expertise direkt am Patienten stärkt und eine flexible Versorgung sichert. Sie schließt explizit die in den Tragenden Gründen (Kapitel 4.3.2)	Kenntnisnahme. Dem Änderungsvorschlag des Stellungnehmers wird teilweise gefolgt. **Physiotherapeutische Maßnahmen** Die vorgeschlagene Ergänzung „Reduktion pathologischer Ersatzmuster“ sowie die Präzisierung „Maßnahmen zur Förderung der posturalen Kontrolle“ werden inhaltlich nachvollzogen und in den Beschlussentwurf übernommen, indem ein neuer Buchstabe d) zu „*Maßnahmen zur Reduktion pathologischer Bewegungsmuster*“ sowie eine Ergänzung in Buchstabe e) (neu) zu „Maßnahmen	Änderung in Satz 6 wie nebenstehend

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
		bestätigte Möglichkeit ein, spezialisierte neurophysiologische Behandlungsmethoden bedarfsgerecht miteinander oder mit weiteren strukturellen Maßnahmen zu kombinieren, um dem komplexen biopsychosozialen Bedarf der Patientinnen und Patienten gerecht zu werden. **Unklar bleibt** jedoch im vorliegenden Entwurf, in welchem Kontext diese physiotherapeutischen Maßnahmen zu sehen sind und **wer auswählt, welche konkret zu erbringende Maßnahme nach welcher Technik erbracht werden soll**. Bezüglich der Ausführungen in den Tragenden Gründen (Kapitel 5.2.1), wonach diese Konzeptöffnung die Möglichkeit bietet, die Inhalte der Verträge nach § 125 SGB V zur erforderlichen Weiterbildung „weiterzuentwickeln", fordert die IVG eine strikte regulatorische Absicherung der Entscheidungsebenen: - Schutz des Qualitätsniveaus und Erhalt der Zertifikatspflicht (*): Die in Satz 6 definierten Maßnahmen (insb. Bewegungsanbahnung, posturale Kontrolle, Tonusregulation) sind bei zerebralen oder spinalen Schädigungen hochkomplexe Interventionen. Die Beibehaltung der Zertifikatspflicht (gekennzeichnet durch das Sternchen *) ist daher medizinisch zwingend. Eine „Weiterentwicklung" der Verträge nach § 125 SGB V darf keinesfalls zu einer Absenkung des Qualifikationsniveaus führen. Vieles spricht aus unserer Sicht dafür, dass die vorgesehene Erweiterung als die Bestimmung neuer Indikationen für zugelassene Heilmittel i.S.v. § 4 Abs. 4 S. 1 der Heilm-RL zu werten ist. In diesem Fall ist sicherzustellen, dass neue Fachweiterbildungen zu fordern wären. Neben einer reinen evidenzbasierten Methode müssen tiefgreifende Kenntnisse zu Krankheitsbildern, Neurophysiologie etc. curricularer Bestandteil sein. Neue, zukünftige Curricula müssen ein zu den etablierten Konzepten (Vojta, Bobath, PNF) vollkommen gleichwertiges, mehrwöchiges Weiterbildungsvolumen mit eigenständigen neurophysiologischen Prüfungsanteilen aufweisen. - Erhalt optionaler ärztlicher Hinweise zur klaren Zuweisung: Um die interdisziplinäre Kommunikation zwischen Ärzteschaft und Therapeuten zu sichern, muss klargestellt werden, dass es der verordnenden Ärzteschaft unbenommen bleibt, bei spezifischer medizinischer Indikation einen prioritären oder ergänzenden methodischen Hinweis (z. B. „Bitte Durchführung mittels Vojta / Bobath / PNF") auf dem Verordnungsvordruck im Feld „ggf. therapeutische Hinweise" zu vermerken. Nach § 1 S. 2 und § 2 Abs. 2 S. 1 der Heilm-RL regelt diese die Verordnung von Heilmitteln durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte. Dies deckt sich mit der in § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 SGB V bestimmten Regelungskompetenz des G-BA. Damit wird sowohl einer unmittelbaren Regelung von Pflichten der Heilmittelerbringer als auch einer Verlagerung der Kompetenz zur Regelung des Verordnungsverhaltens auf die Ebene der Rahmenvereinbarung nach § 125	*zur Förderung* der posturalen Kontrolle […]" aufgenommen wird. Statt des Begriffs „pathologischer Ersatzmuster" wird der Begriff „pathologischer Bewegungsmuster" aufgenommen. Im Übrigen siehe lfd. Nummer 59. **Konzeptöffnung** Die Technikoffenheit ändert die ärztliche Verordnungskompetenz nicht. Ärztinnen und Ärzte können Behandlungsansätze im Beratungsgespräch empfehlen und entsprechende Angaben im Feld „ggf. therapeutische Hinweise" hinterlegen. Die Auswahl und Durchführung der konkreten therapeutischen Maßnahmen und Techniken obliegt im Rahmen der Verordnung den entsprechend qualifizierten Therapeutinnen und Therapeuten. **Qualifikation** Die Anforderungen an Zertifikatsqualifikationen und Weiterbildungen sind Gegenstand des Vertrags nach § 125 Absatz 1 SGB V. Sie werden zwischen dem GKV-Spitzenverband und den maßgeblichen Verbänden der Heilmittelerbringer vereinbart und sind daher nicht in der Heilmittel-Richtlinie näher auszugestalten. Die Neufassung begründet zudem keine neuen Indikationen, sondern konkretisiert die bereits zugelassene Leistung KG-ZNS. Klarstellend bleibt noch darauf hinzuweisen, dass sowohl KG-ZNS als auch KG-ZNS Kinder gemäß Abschnitt D § 17 Absatz 2 Satz 1 HeilM-RL Maßnahmen der Physiotherapie sind, die spezielle Qualifikationen, die über die im Rahmen der Berufsausbildung erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten hinausgehen bedürfen, d.h. es bedarf für deren	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
		SGB V Grenzen gesetzt, weshalb dieser Mangel auch nicht auf vertraglicher Ebene geheilt werden könnte. Insgesamt raten wir deshalb dringend an, dem Arzt die Entscheidung vorzubehalten, auch über die aus seiner Diagnostik und Therapieentscheidung entstehende Konkretisierung des Heilmittels zu befinden und diese Konkretisierungsentscheidung optional in die Verordnung aufnehmen zu können. Dem Heilmittelerbringer würde dann durch die Verordnung deutlich, innerhalb welchen Rahmens er nach eigener Verantwortung zu entscheiden hat. Ohne diese Option gehen Unklarheiten der Richtlinie bei der Entscheidungsverantwortung letztlich zu Lasten der Normadressaten, weil sie die damit verbundenen Rechtsrisiken auf die Anwender verlagern. Wählt etwa ein qualifizierter Physiotherapeut im Rahmen der neuen Technikoffenheit eine für das Krankheitsbild unzureichende Behandlungsmethode, obwohl medizinisch eine hochspezialisierte neurophysiologische Intervention wie nach Vojta geboten gewesen wäre, wird er im Haftungsfall dem verordnenden Arzt vorhalten, dies nicht konkreter in der Verordnung zum Ausdruck gebracht zu haben. Nicht zuletzt dient eine klarere Unterscheidung der Entscheidungsebenen einer effizienteren Versorgung. Hat der Arzt eine Entscheidung (möglicherweise nach intensivem Austausch mit den Bezugspersonen) über die Technik getroffen, sollte diese beim Heilmittelerbringer nicht nochmals hinterfragt werden müssen. Etwaige Einwände der Krankenkasse könnten aufgrund der Verordnung dem jeweiligen Entscheider zugeordnet werden. **Änderungsvorschlag** Zur Umsetzung des Entscheidungsvorbehalts schlagen wir vor, S. 7 wie am Ende von 2.3.1 dargestellt zu ändern. **Weitere Änderungsvorschläge** 1. In Satz 6 schlagen wir vor, lit. b) wie folgt zu fassen: ***b) „Maßnahmen zur Kraft- und Koordinationsförderung und Reduktion pathologischer Ersatzmuster*** Begründung: Reine Trainingsansätze greifen bei ZNS-Schädigungen zu kurz. Patienten mit zentralen Läsionen entwickeln kompensatorische Ersatzmuster. Ein primäres Behandlungsziel der KG-ZNS muss die Reduktion und Inhibition dieser pathologischen Muster sein, um die neurophysiologischen Voraussetzungen für eine zielorientierte Bewegungsanbahnung sowie für größtmögliche Aktivität und Teilhabe im Sinne der ICF zu schaffen. 2. Außerdem schlagen wir vor, in lit. d des Satzes 6 nach dem Wort „Maßnahmen“ die Wörter „**zur Förderung**“ zu ergänzen.	Durchführung eine zusätzliche, abgeschlossene Weiterbildung oder Fortbildung. Dies ergibt sich daraus, dass diese in der Heilmittel-Richtlinie mit *) gekennzeichnet sind.	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
		Begründung: Es handelt sich dabei um eine redaktionelle und fachliche Präzisierung. Die „posturale Kontrolle“ stellt das therapeutische Ziel dar, welches durch die physiotherapeutische Maßnahme aktiv gefördert werden soll, und ist nicht die Maßnahme selbst.		
37.	IVG	BE - Satz 6d) Maßnahmen **zur Förderung** der posturalen Kontrolle einschließlich automatischer Haltungs- und Gleichgewichtsreaktionen Es handelt sich dabei um eine redaktionelle und fachliche Präzisierung. Die „posturale Kontrolle“ stellt das therapeutische Ziel dar, welches durch die physiotherapeutische Maßnahme aktiv gefördert werden soll, und ist nicht die Maßnahme selbst.	Zustimmende Kenntnisnahme. Dem Änderungsvorschlag des Stellungnehmers wird gefolgt. Siehe lfd. Nummer 36.	
38.	IVG	BE – Satz 7 „Die zur Anwendung kommenden physiotherapeutischen Maßnahmen **werden unter Benennung der dabei einzusetzenden Techniken auf der Verordnung angegeben, soweit eine entsprechende Konkretisierung aus der ärztlichen Diagnose geboten ist**; ~~sowie~~ die Therapieziele sind abhängig vom Therapieverlauf ~~insbesondere im Hinblick auf unerwünschte Wirkungen~~ fortlaufend zu überprüfen und bei Bedarf anzupassen.“ Die in Satz 7 geforderte fortlaufende Überprüfung der Maßnahmen im Therapieverlauf ist im Sinne der Patientensicherheit sinnvoll. Die praktische Umsetzung wirft jedoch strukturelle Unklarheiten auf, die im Richtlinientext präzisiert werden müssen. Im Hinblick auf einen ärztlichen Verordnungsvorbehalt und die Vermeidung einer negativen Risikoverzerrung schlagen wir diese Änderung vor. *Die ausführliche Erläuterung entnehmen Sie unserer Stellungnahme (StN Heilm-RL_KG ZNS-IVG) unter **2.3.1 Fortlaufende Überprüfungs- und Anpassungspflicht – S. 7:*** Die Qualitätssicherung ist zu begrüßen, jedoch werden durch den Entwurf falsche Schwerpunkte gesetzt und die Verantwortung zur Therapiesicherheit ist unklar geregelt. **2.3.1 Fortlaufende Überprüfungs- und Anpassungspflicht – S. 7** Die in Satz 7 geforderte fortlaufende Überprüfung der Maßnahmen im Therapieverlauf ist im Sinne der Patientensicherheit sinnvoll. Die praktische Umsetzung wirft jedoch strukturelle Unklarheiten auf, die im Richtlinientext präzisiert werden müssen: ▪ **Vermeidung einer versehentlichen Unspezifität der Verordnung**: Da die bisherige Regelung unter KG ZNS ausschließlich die spezifischen Therapien nach Vojta, Bobath und PNF versteht, ist nach der Konzeptöffnung nicht nur zu erwarten, dass Ärzte in ihrer Verordnung nach Änderung der Heilmittel-Richtlinie (trotz der sicherlich nach einer	Kenntnisnahme. Dem Änderungsvorschlag des Stellungnehmers wird nicht gefolgt. Die ärztliche Verordnung bestimmt das Heilmittel und die Therapieziele, nicht regelhaft die anzuwendenden Techniken. Ärztinnen und Ärzte können bestimmte Behandlungsansätze empfehlen und im Feld „ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise“ angeben. Die Auswahl, fortlaufende Überprüfung und Anpassung der konkreten Maßnahmen und Techniken obliegt den qualifizierten Therapeutinnen und Therapeuten. Soweit Änderungen der ärztlich festgestellten Indikation oder der Verordnung erforderlich werden, ist eine Abstimmung mit der verordnenden Person vorzunehmen. Die Zusammenarbeit ist bereits übergeordnet in § 14 HeilM-RL geregelt. Eine weitergehende Konkretisierung in Satz 7 ist daher nicht erforderlich.	Keine Änderung.

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
		Beschlussfassung erfolgenden Informationen der KVen) ungewollt die Entscheidung, ob etwa Vojta angewandt wird oder nicht auf den Heilmittelerbringer verlagern, obwohl sie sich in Bezug auf die konkrete Form der Krankengymnastik festlegen wollten (versehentliche Unspezifität der Verordnung). Dieses Risiko wird durch die vorgesehene Streichung in § 13 Absatz 2 Satz 3 Buchstabe h und § 13a Absatz 1 Buchstabe h verstärkt, da sie den Eindruck vermitteln, dass eine Spezifizierung auch nicht mehr möglich sein soll. ▪ **Klarstellung der Verantwortlichkeiten zur Vermeidung von Haftungsrisiken**: Die Kriterien für die Erstauswahl der zutreffenden Technik müssen transparent bleiben. Unklarheiten der Richtlinie bei der Entscheidungsverantwortung gehen letztlich zu Lasten der Normadressaten, weil sie die damit verbundenen Rechtsrisiken auf die Anwender verlagern. Um dieses Verschwimmen der Grenzen zu verhindern, muss im Richtlinientext verankert werden, dass die methodenspezifische Konkretisierung ein optionales Steuerungselement in ärztlicher Hand bleibt (wie in Ziffer 2.2 begründet). Die sorgfältige Auswahl der zutreffenden Technik wird (anders als die Überprüfung dieser Entscheidung) im aktuellen Entwurfstext gar nicht geregelt und es bleibt unklar, ob diese Entscheidung vom Arzt oder vom Heilmittelerbringer zu treffen ist. ▪ **Keine risikoaverse Therapie verlangen**. Durch die Formulierung „insbesondere im Hinblick auf unerwünschte Wirkungen“ wird den Therapeutinnen und Therapeuten ein Haftungsrisiko unklarer Dimension überantwortet, weil das Therapieziel nicht im Hinblick auf mögliche Nebenwirkungen aufgegeben werden kann, ohne die Therapie einzustellen. Denn jede Form der Krankengymnastik kann diese unerwünschten Nebenwirkungen erzeugen. Medizinisch geboten bleibt sicherlich immer eine Abwägung von erreichbaren Therapiechancen und der damit verbundenen Risiken. Die Formulierung stellt aber einseitig und ohne die gebotene Abwägung die Risiken in den Vordergrund und verpflichtet den Therapeuten unsachgemäß zu Vorrang der Schadensvermeidung gegenüber den erreichbaren positiven Therapieeffekten. **Änderungsvorschlag** Wir schlagen deshalb vor, S. 7 im Hinblick auf einen ärztlichen Verordnungsvorbehalt (s.o. Stellungnahme zu S. 6) und die Vermeidung einer negativen Risikoverzerrung wie folgt zu fassen: ***„Die zur Anwendung kommenden physiotherapeutischen Maßnahmen werden unter Benennung der dabei einzusetzenden Techniken auf der Verordnung angegeben, soweit eine entsprechende Konkretisierung aus der ärztlichen Diagnose geboten ist; sowie die Therapieziele sind abhängig vom Therapieverlauf insbesondere im Hinblick auf unerwünschte Wirkungen fortlaufend zu überprüfen und bei Bedarf anzupassen.“***		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
39.	IVG	BE - Satz 8 „**Die Therapeutin oder der Therapeut** hat bei der Behandlung entwicklungsabhängige Funktionen, alters- und lebensweltbezogene Anforderungen sowie die daraus resultierenden relevanten **strukturellen Risiken und funktionellen Belastungsgrenzen zu berücksichtigen und die therapeutischen Maßnahmen bei Bedarf prozessbegleitend anzupassen**." Der Ausdruck „daraus resultierenden relevanten Risiken" enthält keinen eindeutigen Bezugspunkt. Es bleibt unklar, ob sich „daraus" auf die entwicklungsabhängigen Funktionen, die alters- und lebensweltbezogenen Anforderungen oder auf die zuvor genannten Schädigungen des Zentralen Nervensystems bezieht. Die vom G-BA gewählte Zusammenlegung von KG-ZNS und KG-ZNS-Kinder in eine gemeinsame Leistungsziffer erfordert zwingend eine alters- und konzeptübergreifende Regelung. Die im Entwurf genannten psychosozialen Risiken betreffen in ähnlicher Weise erwachsene Patienten mit schweren kognitiven, kommunikativen oder geistigen Beeinträchtigungen (z. B. nach Schlaganfall oder anderen schweren Schädigungen im Erwachsenenalter) sowie deren pflegerisches Umfeld. Der Begriff „funktionelle Belastungsgrenzen" mit der Pflicht zur ‚prozessbegleitenden Anpassung' sichert die Therapiesicherheit und Versorgungsqualität über die gesamte Lebensspanne der Patienten rechtssicher ab. **Änderungsvorschlag** Wir schlagen vor, S. 8 wie folgt zu fassen: ***„Die Therapeutin oder der Therapeut hat bei der Behandlung entwicklungsabhängige Funktionen, alters- und lebensweltbezogene Anforderungen sowie die daraus resultierenden relevanten strukturellen Risiken und funktionellen Belastungsgrenzen zu berücksichtigen und die therapeutischen Maßnahmen bei Bedarf prozessbegleitend anzupassen."***	Kenntnisnahme. Dem Änderungsvorschlag des Stellungnehmers wird nicht gefolgt. Der Bezug des Wortes „daraus" ist hinreichend bestimmt und erfasst die Gesamtheit der zuvor genannten entwicklungsabhängigen Funktionen sowie der alters- und lebensweltbezogenen Anforderungen. Die Regelung adressiert insbesondere die besonderen Risiken bei angeborenen oder frühkindlich erworbenen Schädigungen des zentralen Nervensystems. Die Stellungnahme geht zudem unzutreffend von einer Zusammenlegung von KG-ZNS und KG-ZNS-Kinder aus; beide Leistungen bleiben getrennt. Eine altersübergreifende Erweiterung ist daher nicht erforderlich. Der Begriff „relevante Risiken" umfasst sowohl strukturelle und funktionelle als auch psychosoziale Aspekte. Die fortlaufende Überprüfung und bedarfsgerechte Anpassung der therapeutischen Maßnahmen ist bereits in Satz 7 geregelt. Einer Ergänzung um „strukturelle Risiken", „funktionelle Belastungsgrenzen" und eine erneute Anpassungspflicht bedarf es daher nicht.	Keine Änderung.
40.	IVG	**2.3.3 Mitwirkende Bezugspersonen – S. 9** Die explizite Verankerung der Aufklärung der Bezugspersonen sowie deren praktische Anleitung (Satz 9 und 10) wird ausdrücklich unterstützt. Dies stärkt die Patientensicherheit und die Qualität der häuslichen Therapiefortführung.	Kenntnisnahme.	Keine Änderung.
41.	IVG	**2.3.5 Qualifikation unzureichend geregelt** Wir warnen vor einem Qualitätsverlust durch „Konzeptneutralität": Die Sicherung der Zertifikatspflicht und Weiterbildungsqualität muss gewährleistet werden.	Kenntnisnahme. Die Anforderungen an Zertifikatsqualifikationen und Weiterbildungen sind Gegenstand des Vertrags nach § 125 Absatz 1 SGB V. Sie werden zwischen dem GKV-	Keine Änderung.

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
		Die im Raum stehende Forderung nach einer „Konzeptneutralität“ darf keinesfalls dazu führen, dass die hochspezialisierte Behandlung von ZNS-Erkrankungen strukturell verwässert wird. Es muss vertrags- und richtlinienrechtlich absolut ausgeschlossen werden, dass perspektivisch auch Berufsanfänger ohne spezifische, zertifizierte Weiterbildung oder entsprechende klinische Erfahrung KG-ZNS und KG-ZNS-Kinder anwenden und abrechnen dürfen. Das vom G-BA betonte Einbeziehen und Anleiten von Bezugspersonen (Sätze 9 und 10) wird von der IVG als integraler Bestandteil der therapeutischen Kette unterstützt. Im Zuge der in den Tragenden Gründen (Kapitel 5.2.1) angekündigten „Weiterentwicklung“ der Weiterbildungsvereinbarungen nach § 125 SGB V fordert die IVG jedoch eine klare qualitative Abgrenzung: ▪ **Keine strukturelle Gleichsetzung von Coaching und Fachqualifikation**: Die Verankerung der Elternanleitung im Richtlinientext darf im Rahmen zukünftiger Zulassungs- und Anerkennungsverfahren neuer Curricula keinesfalls dazu führen, dass rein beratungs-, verhaltens- oder coachingbasierte Interaktionsansätze (wie beispielsweise das in Kapitel 4.5.1 erwähnte COPCA-Konzept) mit einer fundierten neurophysiologischen Fachqualifikation gleichgesetzt werden. Ein reines „Eltern-Coaching“ ersetzt keine entwicklungsneurologische und pathologische Fachausbildung. ▪ **Priorität der manuellen und neurophysiologischen Behandlungskompetenz**: Um die Patientensicherheit bei schweren infantilen ZNS-Schädigungen zu garantieren, muss die sensorische und motorische Befundung sowie die direkte, spezifisch-therapeutische Behandlung der neurofunktionellen Auswirkungen am Patienten das unverzichtbare Fundament der Zertifikatsqualifikation bleiben. Therapeuten müssen primär in der Lage sein, die aus der zentralen Schädigung resultierenden Haltungs- und Bewegungsstörungen des Patienten exakt manuell zu behandeln, bevor eine fachgerechte Anleitung der Bezugspersonen überhaupt zielführend und risikofrei möglich ist. Die Vermittlung von Anleitungskompetenzen darf in zukünftigen Zulassungs-Curricula daher nur ergänzend zu den tiefen neurophysiologischen und pathophysiologischen Prüfungsanteilen stehen. Eine Anerkennung von Fortbildungen, die vorwiegend Beratungsstrukturen vermitteln und das neurophysiologische Behandlungshandwerk vernachlässigen, wird im Sinne des Patientenschutzes strikt abgelehnt. Analog dazu darf die angestrebte Technikoffenheit im Erwachsenenbereich nicht dazu führen, dass hochspezialisierte neurophysiologische Behandlungen durch standardisierte, rein gerätegestützte oder roboterassistierte Trainingsverfahren ersetzt werden. Technisierte Trainingsverfahren können die Behandlung sinnvoll ergänzen, setzen in der Anwendung bei ZNS-Erkrankungen jedoch zwingend ein fundiertes Fachwissen über Neuroanatomie,	Spitzenverband und den maßgeblichen Verbänden der Heilmittelerbringer vereinbart und sind daher nicht in der Heilmittel-Richtlinie näher auszugestalten. Siehe hierzu zudem die Ausführungen unter lfd. Nummer 39.	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
		Pathologien und Phänomene wie z.B. die motorische Fatigue voraus, um Fehlbelastungen zu vermeiden. Die bloße Anwendung von Geräten oder technologischen Systemen ist kein Äquivalent für eine neurophysiologische Befundung und gezielte Tonusregulation und Haltungssteuerung. Reine Gerätetherapie ist im Heilmittelkatalog bereits über die Position „Krankengymnastik am Gerät (KGG)“ abgedeckt und darf die qualifizierte KG-ZNS-Therapie nicht verwässern. Der Maßnahmenkatalog ist keine automatische Qualitätssicherung: Die im Beschlusstext (Ziffer I.3) aufgeführten Punkte und Maßnahmen lesen sich zielführend, stellen die Qualität in der Versorgung jedoch nicht automatisch sicher. Sie sind kein Äquivalent für eine echte Qualitätssicherung. Die normale Physiotherapie-Ausbildung in Deutschland ist de facto nicht darauf ausgelegt, die hochkomplexen Anforderungen der Sätze 8 und 10 zu erfüllen. Das fundierte Bewerten entwicklungsneurologischer Meilensteine sowie das differenzierte Erkennen und feine Steuern von subtilen Stress- und Überforderungssignalen bei schwerst betroffenen Kindern oder neurologisch erkrankten Erwachsenen erfordern tiefgehendes, spezialisiertes Fachwissen. Als Garant der Patientensicherheit dient der Erhalt der Zertifikatspositionen: der G-BA fordert zu Recht ein Höchstmaß an Patientensicherheit und Risikoprävention (Satz 7–10). Dazu muss die Weiterbildungsqualität als wichtigsten Garanten gesetzlich und regulatorisch geschützt werden. Für die Durchführung und Abrechnung von Maßnahmen bei ZNS-Erkrankungen muss weiterhin der Nachweis einer abgeschlossenen, zertifizierten Fachweiterbildung (wie Vojta oder Bobath/NDT) zwingend erforderlich bleiben. Unsere Kernforderung lautet daher: Sollte der G-BA die Richtlinie im Zuge einer Modernisierung „technikoffen“ umbauen, muss gewährleistet sein, dass die **Qualitätssicherungsempfehlungen des G-BA sicherstellen, dass eine Verordnung nur zu solchen Heilmittelerbringern leitet, welche entweder für die spezifisch vom Arzt festgelegte Krankengymnastik hinreichend qualifiziert sind oder (bei unspezifischer Verordnung) eine hinreichende Qualifikation besitzen, um über die Auswahl der medizinisch gebotenen Technik entscheiden zu können.** Um ein Absinken des Versorgungsniveaus durch rein beratende Konzepte auszuschließen, fordern wir, dass eine Anerkennung neuer Curricula für den Bereich KG-ZNS nur dann erfolgen darf, wenn diese neben der Elternanleitung nachweislich tiefe, eigenständige Prüfungsanteile zu spezifischer Entwicklungsneurologie, Pathologie und Neurophysiologie des zentralen Nervensystems enthalten.		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
42.	IVG	BE - Satz 10 „Insbesondere bei KG-ZNS-Kindern bedarf es einer praktischen Anleitung **der Bezugspersonen. Um die Patientensicherheit zu garantieren, beinhaltet diese Anleitung sowohl die Förderung einer bindungsstärkenden Kommunikation als auch das rechtzeitige Erkennen von emotionalen und körperlichen Belastungsgrenzen (Stress- und Überforderungssignale)“** Ein umsichtiges, risikopräventives Vorgehen sowie das Achten auf individuelle Belastungsgrenzen müssen ein inhärenter, allgemeingültiger Qualitätsstandard aller neurophysiologischen Methoden sein – völlig unabhängig von der Methode, dem Alter oder der Art der Behinderung. Um dies jedoch ohne übermäßigen bürokratischen Mehraufwand, Vorabverdächtigungen oder Haftungsrisiken umzusetzen, bedarf es einer sachlichen, ressourcenorientierten Sprache und einer Einbindung in ein strukturiertes Qualitätssicherungsverfahren. Die im Entwurf (in S. 10) implizierte, weitreichende Beobachtungspflicht hinsichtlich „unerwünschter Wirkungen“ sowie „Stressreaktionen oder Beziehungsstörungen“ lässt sich in dieser Form nicht aus der wissenschaftlichen Evidenz ableiten. Wie der G-BA in seinen Tragenden Gründen folgerichtig festhält, existiert kein empirischer Beleg für strukturelle Schädigungen oder negative Effekte durch neurophysiologische Therapieverfahren. Auf Seite 15 (Kapitel 4.4.3) wird sogar explizit eingeräumt, dass für die postulierten Spätfolgen (wie Bindungsunsicherheit) „empirische Belege hierfür fehlten“ und diese lediglich auf „entwicklungspsychologischen Theorien“ basieren. Psychologische Phänomene wie „Beziehungsstörungen“ sind ohne standardisierte psychotherapeutische Tools im Heilmittelalltag weder objektivierbar noch rechtssicher zu dokumentieren. Eine solche „Verdachtsregulierung“ schürt unbegründete Ängste bei Familien. Um eine defizitorientierte Sprache („Gefährdungsszenarien“) zu vermeiden und die Aufmerksamkeit auf das gewünschte Verhalten bzw. das angestrebte Ziel (Patientensicherheit) statt auf Fehler, Risiken oder Defizite zu richten, empfehlen wir eine Änderung in S. 10. Dies würde unbegründete Ängste bei den Familien vermeiden und die Therapietreue fördern. **Änderungsvorschlag** Wir schlagen vor, Satz 10 wie folgt zu fassen: ***„Insbesondere bei KG-ZNS-Kindern bedarf es einer umfassenden praktischen Anleitung der Bezugspersonen. Diese beinhaltet auch die Förderung einer bindungsstärkenden Kommunikation und das rechtzeitige Erkennen von emotionalen und körperlichen Belastungsgrenzen (Stress- und Überforderungssignale).“***	Kenntnisnahme. Dem Änderungsvorschlag des Stellungnehmers wird nicht gefolgt. Satz 10 dient der Stärkung der Patientensicherheit bei der Durchführung physiotherapeutischer Maßnahmen bei ZNS-Erkrankungen, insbesondere im Hinblick auf die Behandlung von Säuglingen und Kindern. Die hier adressierte Aufklärung über Risiken der Therapie und Warnzeichen — einschließlich Überforderung, Stressreaktionen und Beziehungsstörungen — ist Ausdruck dieser Schutzintention und keine Bewertung der Therapieverfahren. Aufklärung über Risiken und Warnzeichen sind als allgemeines Prinzip der Patientensicherheit anzusehen und setzen keinen abschließenden empirischen Nachweis von Schäden voraus. Bezugspersonen sind bereits in Satz 7 adressiert. Zudem weisen wir darauf hin, dass die vorgeschlagene Ergänzung „Förderung einer bindungsstärkenden Kommunikation“ kein eigenständiger physiotherapeutischer Auftrag ist.	Keine Änderung.

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
43.	IVG	**Änderungen im Verzeichnis der gebräuchlichen Abkürzungen im Heilmittelkatalog** Die Streichung der Passage „unter Einsatz der neurophysiologischen Techniken nach Bobath, Vojta oder PNF (Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation)“ verwischt die klaren Konturen des Heilmittels und lässt die erforderliche Qualifikation für die verordnenden Ärzte und Therapeuten im Unklaren. Im Zuge dieser weitreichenden Konzeptöffnung für die Zukunft wirft der vorliegende Entwurf erhebliche regulatorische Fragen auf, die vor einem Inkrafttreten zwingend beantwortet werden müssen: ▪ Es ist **fraglich**, ob für die in Satz 6 neu vorgesehenen Maßnahmen und die damit einhergehende Konzeptöffnung **eine Methodenbewertung** durch den G-BA **hätte erfolgen müssen**. Es kann nicht **mit Recht behauptet werden, dass auch die dort neu aufgenommenen, allgemeineren krankengymnastischen Trainings- und Mobilisationsmaßnahmen, einer einfachen KG entsprechend, bereits bisher bei ZNS dem Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprach (und nach Heilm-RL erbracht werden konnte).** Sollte der G-BA hier mit dem finalen Beschluss eine Erweiterung des Leistungsumfangs ohne das gesetzlich vorgeschriebene Bewertungsverfahren vornehmen, würde dies den eigenen methodischen Standards des Gremiums widersprechen. ▪ Es wird daher zwingend ein formaler und überprüfbarer Nachweis darüber gefordert, wie die Gleichwertigkeit bezüglich Patientensicherheit, Wirksamkeit und Ausbildungsstruktur in Analogie zu den bestehenden, bewährten Curricula (Vojta, Bobath, PNF) im Rahmen der neuen Regelung formal erbracht und dauerhaft überprüft werden soll. Eine medizinisch sinnvolle ZNS-Richtlinienregelung sollte die etablierte Versorgungsrealität sichern, sowie Risikoprävention und bindungsstärkende Kommunikation als alters- und methodenübergreifenden Standard definieren, anstatt hypothetische Gefahrenszenarien zu fokussieren. Dieser hohe qualitative Anspruch in der Durchführung lässt sich in der Praxis jedoch nur durch den strikten Erhalt der etablierten Zertifikats- und Weiterbildungspflicht sichern. Eine Öffnung der Richtlinie darf unter keinen Umständen zu einem Absinken des Versorgungsniveaus führen.	Kenntnisnahme. Eine Erweiterung des Leistungsumfangs ist mit der hiesigen Beschlussfassung nicht verbunden. Vielmehr sind weiterhin nur solche Heilmittel Teil der GKV-Versorgung, die bereits vor dieser Beschlussfassung erstattungsfähig waren. Die Anpassungen dienen der Aktualisierung und Präzisierung der Leistungsbeschreibung von KG-ZNS und KG ZNS Kinder sowie der Sicherstellung einer zeitgemäßen und am Stand der medizinischen Erkenntnisse orientierten Versorgung. Mit der Streichung der ausdrücklichen Nennung einzelner neurophysiologischer Therapiekonzepte (Bobath, Vojta, PNF) ist keine Erweiterung des Leistungsumfangs verbunden. Vielmehr wird die Leistung funktional und indikationsbe-zogen beschrieben. Die therapeutischen Ziele und der Charakter des Heilmittels bleiben unverändert. Eine Methodenbewertung nach den Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und der Verfahrensordnung des GBA ist nicht erforderlich, da die die Art der Erbringung der Leistungen KG ZNS und KG ZNS Kinder durch die Neuregelung keine wesentliche Änderung oder Erweiterung erfahren haben. Gegenstand der Beschlussfassung ist nicht die Einführung einer neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode, sondern die Anpassung der Leistungsin-halte eines bereits bestehenden Heilmittels. Die Regelung eröffnet keine eigenständigen zusätzlichen Leistungsansprüche, sondern konkretisiert die Ausgestaltung der heilmittelrechtlich	Keine Änderung.

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
			bereits vorgesehenen Versorgung von Patientinnen und Patienten mit zentralen Bewegungsstörungen. Hinsichtlich der Patientensicherheit ist darauf hinzuweisen, dass die Heilmittel-Richtlinie und der Heilmittelkatalog keine berufsrechtlichen oder ausbildungsrechtlichen Vorgaben für die Physiotherapie festlegen, sondern im Rahmen seinen Normsetzungskompetenz Empfehlungen für die Sicherung der Qualität bei der Leistungserbringung abgeben. Durch die Angabe des Sternchens („***)**“) ist gewährleistet, dass die Leistungen KG-ZNS und KG-ZNS-Kindern auch weiterhin nur von Therapierenden abgegeben werden kann, die eine entsprechend in den Verträgen nach § 125 Absatz 1 SGB V geregelten Weiterbildung absolviert haben.	

C-6.1.3 Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen zu den Tragenden Gründen

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung
44.	**IVG**	**1.1 Tragende Gründe geben nicht den aktuellen Stand der relevanten Evidenz wieder** Der Entwurf der Tragenden Gründe weist aus, dass relevante aktuelle Studien bisher nicht ausgewertet wurden. Dadurch ist die für den G-BA maßgebliche wissenschaftliche Basis unvollständig und entspricht nicht dem aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse. **Unsere detaillierten Anmerkungen zum Beschlussentwurf und den Tragenden Gründen sowie konkrete Text-Änderungsvorschläge unter Einbindung dieser bisher nicht berücksichtigten Evidenz haben wir dieser Stellungnahme als Anlage 1 beigefügt.** Wir verweisen dabei auch auf unser **Schreiben vom 14. April 2026**, welches wir ebenfalls beilegen (**Anlage 2**) und hiermit ausdrücklich zum Gegenstand dieser Stellungnahme machen. Wir bitten den G-BA, die von uns nachgereichten wissenschaftlichen Informationen und Literaturstellen **vollumfänglich zu prüfen** und die von uns vorgeschlagenen	Kenntnisnahme. Die Anmerkungen zum Beschlussentwurf des Stellungnehmers wurden in Kapitel C-6.2 (lfd. Nummern 34-43) ausgewertet und gewürdigt. Zudem möchten der GBA darauf hinweisen, dass die dem GBA mit Schreiben vom 14. April 2026 übermittelte, ergänzende Stellungnahme in der Auswertung der Expertenbefragung mit einem Addendum berücksichtigt wurde (siehe Anlage zu den Tragenden Gründen *„Addendum zur Überprüfung der Heilmittel-Richtlinie hinsichtlich der Regelungen zur Krankengymnastik zur Behandlung von ZNS-Erkrankungen:*

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung
		Anpassungen der Richtlinien-Formulierungen in den finalen Beschlusstext sowie in die Tragenden Gründe zu übernehmen, um eine praxistaugliche und wissenschaftlich präzise Ausgestaltung der Richtlinie zu gewährleisten. **Tragende Gründe - Bezugnahme auf ergänzte Stellungnahme** Wir rügen, dass die im laufenden Verfahren nachgereichten wissenschaftlichen Daten - insbesondere in Bezug auf die Anleitung von Bezugspersonen der Jahre 2025 bis 2026 im Entwurf bislang unberücksichtigt blieben. Während von einzelnen Fachgruppen eingebrachte, negative Erfahrungsberichte (anekdotische Evidenz) ernst genommen werden müssen, widerlegt die empirische Forschung ein vermeintliches Schadenspotenzial der lege artis durchgeführten Vojta-Therapie deutlich. Der G-BA wird deshalb aufgefordert, diese aktuelle Evidenz einzubinden und den Richtlinientext von hypothetischen Gefahrenszenarien zu befreien. Mit der von uns vorgeschlagenen, methoden- und altersübergreifenden Fokussierung auf prozessbegleitende Risikoprävention und beidseitige Kommunikation wird der partnerschaftlichen Realität moderner ZNS-Therapie gerecht. Fehlende Belege für Aussagen der Tragenden Gründe: Insgesamt kommt aus der Zusammenfassung für uns nicht lesbar heraus, für welche Argumente die jeweilige darunter genannte Evidenz zum Tragen kommt. Da wir viele der Quellen kennen, scheinen uns mehr Quellen und Evidenz für die positiven Aspekte der Vojta Therapie zu bestehen als für die kritischen oder ablehnenden Ansichten. Dies lässt die Zusammenfassung offen. Die Rhetorik des G-BA („potentielles Schädigungspotenzial“) hat ohne harten empirischen Beweis zu einer existenziellen Diffamierung einer hochqualifizierten Berufsgruppe geführt. Als Beispiel sind hier auf das Beratungsverfahrung folgende Pressemitteilungen („Vojta vor dem Aus? Kindeswohlgefährdung“), Rückgänge in der Verordnung und damit ein existenzieller Schaden für niedergelassene Vojta-Therapeut:innen sowie ein Rückgang der Weiterbildungsanmeldungen bzw. Rückzug von bereits geplanten Kursen zu nennen. Dies gefährdet nicht unerheblich die Versorgungssituation der Patienten. Wir vertrauen darauf, dass der Gemeinsame Bundesausschuss die dargelegten Argumente sowie die nachgereichte Evidenz in die finalen Beratungen einbezieht, um eine wissenschaftlich fundierte und qualitativ hochwertige ZNS-Versorgung weiterhin flächendeckend sicherzustellen.	*nachträgliche Ergänzungen der IVG zur schriftlichen Expertenbefragung*“ vom 5. Mai 2026). Im Übrigen erfolgte in fünf Stellungnahmen der Fachberatung Medizin des GBA zu den verschiedenen Themenbereichen die Aufarbeitung der Antworten aus den Fragebögen objektiv und transparent. Die der Stellungnahme beigefügte Anlage 2 (Schreiben von Dierks & Compnay vom 14. April 2026) wurde überprüft und hierzu das „*Addendum zur Überprüfung der Heilmittel-Richtlinie hinsichtlich der Regelungen zur Krankengymnastik zur Behandlung von ZNS-Erkrankungen: nachträgliche Ergänzungen der IVG zur schriftlichen Expertenbefragung*“ vom 5. Mai 2026 durch die Fachberatung Medizin des GBA erarbeitet. Die benannten Publikationen waren entweder schon in den verschiedenen Themenblöcke berücksichtigt worden oder wurden in dem Addendum aufgeführt und bewertet. Da kein weiterer Ergänzungsbedarf gesehen wird, werden die genannten Auswertungen hiermit Gegenstand der vorliegenden Auswertung gemacht.

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung
45.	IVG	**TG – 4.1.1**: *„[...] dass die Vojta-Therapie auf der sogenannten Reflexlokomotion und somit der Auslösung von* ***koordinierten Haltungs- und Bewegungskomplexen*** *durch prolongierte Stimulation von* ***Auslösezonen*** *basiert.“* Begründung: Der Begriff „tonische Muskelkontraktion“ (oder Kontraktur) beschreibt ein statisches Verkrampfen. Das Vojta-Prinzip löst jedoch ein dynamisches, koordiniertes Gesamtzugangsmuster aus, das sich in quantitativer und qualitativer Hinsicht der physiologischen Alltagsmotorik annähert. Auch der Begriff „Druckpunkte“ ist unpräzise und wird durch den fachlich korrekten Terminus „Auslösezonen“ ersetzt. **TG – 4.1.1**: ***„Anhaltende manuelle Druckstimulationen in präzis definierten Ausgangspositionen (somatosensorisch-propriozeptive Koppelung)*** *beeinflussen* ***supraspinale Netzwerke*** *und dadurch die Anpassung der Bewegungsmuster.“* Begründung: Reine Oberflächenreize der Haut sind neurologisch *nicht* propriozeptiv. Propriozeption bezeichnet die Tiefensensibilität aus Gelenken und Muskelspindeln. Die Methode nutzt den peripheren Druck *innerhalb* einer gezielten Gelenkvorspannung (*Hok et al.*). Zudem steht die menschliche Motorik unter dominanter supraspinaler Kontrolle (s. auch Originaltext DGN) und wird nicht rein segmental über spinale CPGs gesteuert. **TG – 4.1.1**: *„[...] reflexphysiologischen Ansatz beruht.* ***Demgegenüber verweisen andere Stellungnahmen (u. a. die DGN) auf neuere fMRT-Evidenz (Hok et al., 2017), die am Menschen eine signifikante Aktivierungssteigerung in der pontomedullären Formatio reticularis (PMRF) und im Kleinhirn als supraspinales Korrelat der Haltungskontrolle nachweist.*** *“* Begründung: Ergänzung der von der DGN eingebrachten fMRT-Evidenz, um die neurobiologische Erklärbarkeit der posturalen Kontrolle im Text wissenschaftlich neutral auszubalancieren. **TG – 4.1.1**: *„Darüber hinaus seien die therapeutischen Effekte über die hohe Therapieintensität zu begründen.* ***Diese hohe Therapiefrequenz stellt zwar einen anerkannten neurorehabilitativen Wirkfaktor dar, begründet die Effekte jedoch nicht exklusiv. Demgegenüber verweist die Evidenzlage auf nachgewiesene neurophysiologische und funktionelle Soforteffekte nach einer einzigen Interventionssitzung.*** *“* Begründung: Die mit den Fragebögen eingereichte Literatur beinhaltet zahlreiche klinische Soforteffekte nach einer einzigen Interventionssitzung (u. a. Czajkowska et al., 2019; Lopez et al., 2021; Perales-López et al., 2024; Qian et al., 2025). Da signifikante Verbesserungen der posturalen Kontrolle, der Gangparameter und der Muskelaktivität unmittelbar nach einer einmaligen Applikation auftreten, ist dies der empirische Nachweis	Grundsätzlich werden in Kapitel 4 in den Tragenden Gründen die im Rahmen der schriftlichen Expertenbefragung eingegangenen, teilweise divergierenden fachlichen Einschätzungen zusammenfassend wiedergegeben. Dieses Kapitel dient nicht der abschließenden wissenschaftlichen Bewertung oder nachträglichen Ergänzung einzelner Positionen. Die vorgeschlagenen fachlichen Präzisierungen und zusätzlichen Literaturangaben werden daher nicht aufgenommen. Alle eingegangenen Stellungnahmen wurden umfassend geprüft und ausführlich gewürdigt. Die hierbei gewonnenen Erkenntnisse sowie die zugrunde liegenden medizinisch-wissenschaftlichen Darlegungen wurden angemessen berücksichtigt. Kenntnisnahme der Hinweise zu Kapitel 4.1.1 *Wesentliche Wirkprinzipien der Vojta-Therapie* der Tragenden Gründe. Hinweis: Auf der Homepage der IVG Die Reflexlokomotion - die Grundlagen der Vojta-Therapie (verfügbar unter: https://www.vojta.com/de/vojta-prinzip/vojta-therapie/grundlagen; letzter Zugriff: 23.07.2026) finden sich sowohl der Begriff „Reizpunkte“ als auch Druckpunkte.

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung
		einer spezifischen Neuromodulation, die unabhängig von kumulativen Frequenzeffekten wirkt. **TG – 4.1.1**: *„[...] Es besteht das Risiko der Überforderung, Affektdesintegration und Irritation der frühen Objektbeziehungserfahrung.* ***Diesen hypothetischen Risiken einer Bindungsirritation widersprechen die in der Evidenzlage angeführten kontrollierten Bindungsstudien (u. a. San-Martín-Gómez et al., 2026a, 2026b). Diese belegen empirisch, dass das strukturierte, supervisionierte Eltern-Coaching im Rahmen der Vojta-Therapie die Bindungsqualität schützt sowie die elterliche Kompetenz stärkt.“*** Begründung: Die Studien (San-Martín-Gómez et al., 2026a, 2026b) wurden bislang nicht berücksichtigt. Die Elternanleitung nach aktuellen Ausbildungsstandard der IVG vermitteln eine adäquate Affektspiegelung als entscheidenden Faktor in der Therapiedurchführung und Elternanleitung. Die Vojta-Therpeut:innen werden explizit geschult in empathische Resonanz zu gehen, zu motivieren und situativ passend zu loben und nicht über das Kind hinweg zu handeln.	
46.	IVG	**TG – 4.1.2**: „*Während vereinzelte Stellungnahmen eine mangelnde Modifikation kritisieren, betonen andere Fachverbände wie die VIFF Bundesvereinigung ausdrücklich, dass in der Vojta-Therapie der Belastbarkeit sowie der Integration neuer Forschungsergebnisse und der Beziehungsqualität zu den Hauptbezugspersonen besondere Aufmerksamkeit und Beachtung geschenkt wird. Die Kernidee der Vojta-Therapie [...] bleibt unverändert als Grundlage bestehen*“ Begründung: Das Wort „**mehrheitlich“** ist nachweislich falsch (siehe VIFF-Stellungnahme). Zudem vermischt es das stabile *Wirkprinzip* mit einem *Konzept.* Ein grundlegendes Verständnisproblem ergibt sich aus der Verwendung des Begriffs „Konzept“. Es handelt sich aber um das „Vojta-Prinzip“, da Diagnostik und Therapie auf neurophysiologischen Grundprinzipien basieren, die unverändert Bestand haben. Die praktische Umsetzung wird jedoch kontinuierlich an individuelle Bedürfnisse sowie aktuelle wissenschaftliche und klinische Erkenntnisse angepasst. Die zeitlose Gültigkeit grundlegender Prinzipien steht dabei nicht im Widerspruch zu deren Weiterentwicklung in der Anwendung. **TG – 4.1.2:** „*Während von einer Stellungnahme darauf hingewiesen wird, dass das Paradigma einer strikt hierarchisch chronologischen kindlichen Entwicklung nach wissenschaftlichen Erkenntnissen heute nicht mehr haltbar sei, wird demgegenüber von der Fachgesellschaft (IVG) klargestellt, dass die idealmotorische Ontogenese im Vojta-Konzept von jeher nicht als starres chronologisches Dogma, sondern als qualitatives Referenzsystem (Assessment) zur Beurteilung des aktuellen neurophysiologischen Status*	Kenntnisnahme der Hinweise zu Kapitel 4.1.2 *Entwicklung des therapeutischen Konzepts der Vojta-Therapie* der Tragenden Gründe. Siehe lfd. Nummer 45.

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung
		definiert ist. In der modernen klinischen Praxis wird dieses durch standardisierte quantitative Testverfahren ergänzt.“ Begründung: Die Beschreibung der idealmotorischen Ontogenese ist nicht als starres, chronologisches Schema zu verstehen, sondern als wissenschaftlich begründete, neurophysiologische ‚Messlatte‘ (Referenzsystem) zur Beurteilung des motorischen Status. Moderne neurophysiologische Befunde (u. a. Sanz-Esteban et al.) zeigen, dass die Vojta-Therapie das gesamte motorische System von der subkortikalen Planung bis zur kortikalen Ausführung simultan anspricht. Die durch die Reflexlokomotion gebahnte motorische Basisstabilität wird in der klinischen Praxis unmittelbar in funktionelle Aktivitäten überführt. Die Vojta-Therapie agiert dabei im Einklang mit den Prinzipien der ICF-CY, indem die neurophysiologische Bahnung (Körperfunktion) gezielt zur Erreichung individueller, alltagsrelevanter Teilhabeziele (Aktivität und Teilhabe) genutzt und im Sinne des *Goal-Directed Training* dynamisch evaluiert wird. Dabei dient die idealmotorische Ontogenese als qualitatives Assessment und wird durch standardisierte quantitative Assessments und Tests ergänzt, wie auch aus den Fallstudien ersichtlich ist. **TG – 4.1.2:** „*Einige Experten betonen, dass neue wissenschaftliche Erkenntnisse im Rahmen der Vojta-Therapie* ***fortlaufend Berücksichtigung finden****.“* […] *„Grundsätzlich wird* ***von Kritikern auf den Diskussionsbedarf hinsichtlich des exakten*** *Wirkmechanismus verwiesen,* ***während die befürwortenden Stellungnahmen auf die vorliegenden neurophysiologischen und bildgebenden Belege verweisen.“*** Begründung: Die im Entwurf vorgenommene Verallgemeinerung („weitgehend kaum Berücksichtigung“, „keine wissenschaftlichen Belege“) verzerrt den tatsächlichen wissenschaftlichen Diskurs im Beratungsverfahren und ignoriert die eingereichte Evidenz. Die vorgeschlagene Änderung ist zwingend erforderlich, um den Text der Tragenden Gründe wissenschaftlich neutral auszubalancieren, anstatt die unbewiesene Mindermeinung einzelner Akteure als unumstößliche Tatsache darzustellen.	
47.	IVG	**TG – 4.2.1:** „*Es wird zudem angeführt, dass sich die Indikationen* ***zum größten Teil auf praktische Erfahrungswerte beziehen und weitere wissenschaftliche Nachweise als sinnvoll und notwendig erachtet werden.“*** Begründung: In keiner Stellungnahme wird eine einzige Studie/Arbeit genannt, die die Vojta als nicht geeignet sieht. DGNR sieht die Studienlage als nicht ausreichend an. Der Übertrag vom Kind auf die Erwachsenenbehandlung ist sehr wässrig von der DGNR formuliert. Alle anderen Fachexperten benennen Indikationen, sogar mehr als nur Schädigungen im ZNS (neuroorthopädische Erkrankungen). Diese Umformulierung unterstützt	Kenntnisnahme der Hinweise zu Kapitel 4.2.1 *Indikationen* der Tragenden Gründe. Siehe lfd. Nummer 45.

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung
		positiv die Notwendigkeit zukünftiger wissenschaftlicher Studien für alle Therapieverfahren. Gleichzeitig wird damit klargestellt, dass zurzeit die wissenschaftlichen Erkenntnisse nicht ausreichen. **TG – 4.2.1:** *„Aus den Antworten lässt sich vereinzelt **ableiten**, dass die Eignung der Vojta-Therapie **für bestimmte Indikationen unterschiedlich beurteilt** wird.*“ Begründung: Die Formulierung im Entwurf verzerrt das Abstimmungsverhältnis im Beratungsverfahren. Während eine Minderheit (DGNR) die Studienlage isoliert für den Erwachsenenbereich als defizitär bewertet, benennt die überwiegende Mehrheit der befragten Fachexperten und Verbände klare, evidenzbasierte Indikationen, die weit über rein zerebrale Schädigungen hinausgehen (u. a. neuroorthopädische Erkrankungen, periphere Läsionen). Ein pauschaler Ausschluss oder eine „kritische Betrachtung“ von Indikationen widerspricht dem anerkannten Stand der klinischen Praxis. Die vorgeschlagene Formulierung stellt sicher, dass der Richtlinientext den realen fachlichen Konsens widerspiegelt und den Bedarf an kontinuierlicher Begleitforschung (analog zu allen anderen neurophysiologischen Verfahren) sachlich einordnet, ohne bestehende Indikationen ungerechtfertigt zu diskreditieren.	
48.	IVG	**TG – 4.2.2:** *„Die Anwendung physiotherapeutischer Maßnahmen soll im Erwachsenenbereich bei akuten Entzündungen sowie akuten Traumata unter besonderer Berücksichtigung der individuellen klinischen Situation stattfinden. Somatische Kontraindikationen müssen wie bei allen therapeutischen Maßnahmen berücksichtigt werden.*“ Begründung: Akute Schädigungen des zentralen oder peripheren Nervensystems stellen nach klinischem Konsens und der Mehrzahl der neurologischen Leitlinien eine Indikation (Frührehabilitation) und keine Kontraindikation für neurophysiologische Therapieverfahren dar. Die zitierte Aussage entbehrt einer wissenschaftlichen Grundlage und widerspricht der publizierten Studienlage sowie dokumentierten Fallberichten. Stellungnahmen von Verbänden, die definitionsgemäß keine Expertise im Erwachsenenbereich aufweisen (z. B. VIFF), können nicht als regulatorische Grundlage für den Erwachsenenbereich herangezogen werden. Allgemeine somatische Kontraindikationen (z. B. akute Entzündungsphasen, instabile Frakturen) gelten definitionsgemäß für *alle* physiotherapeutischen Heilmittel und sind bereits im allgemeinen Teil der Richtlinie ausreichend abgebildet. Eine isolierte, redundante Nennung spezifisch bei der Vojta-Therapie führt zu regulatorischen Missverständnissen und einer ungerechtfertigten Einschränkung der therapeutischen Flexibilität im Einzelfall.	Kenntnisnahme der Hinweise zu Kapitel 4.2.2 *Kontraindikationen* der Tragenden Gründe. Siehe lfd. Nummer 45.

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung
		TG – 4.2.2: *„Zudem werden ein **ausgeprägter** Widerstand des Kindes, psychische Erkrankungen der Bezugsperson, eine belastete Eltern-Kind-Beziehung sowie der Verdacht auf Kindesmisshandlung als **wichtige Aspekte beschrieben, die in der Entscheidungsfindung, welche Therapie angewandt wird, sorgfältig berücksichtigt werden sollten**. Eine eingeschränkte Compliance oder fehlende Unterstützung durch die Bezugsperson kann dabei **als relative Kontraindikation** eingeordnet werden.“* Begründung: Das gilt grundsätzlich für alle Therapien und es gibt keine Evidenz, die etwas dazu in Bezug auf die Vojta-Therapie konkretisiert. **TG – 4.2.2:** *„Vereinzelt werden Tumorerkrankungen als Kontraindikation genannt. Dem widerspricht die Stellungnahme der Sektion Pädiatrische Onkologie der Tschechischen Gesellschaft für Onkologie vom 3.12.2019: „Die Vojta-Therapie halten wir für sehr gut einsetzbar bei allen Tumortypen einschließlich Leukämie, und zwar in allen Phasen der onkologischen Behandlung.“* Begründung: Siehe nachgereichte Stellungnahme der IVG vom April 2026 (Anlage 2), Stellungnahme der Sektion Pädiatrische Onkologie der Tschechischen Gesellschaft für Onkologie vom 3.12.2019 und Publikation von Jevic et al (2023).	
49.	IVG	**TG – 4.3.1**: *„Eine abweichende Einzelmeinung sah die Erforderlichkeit der Bestandteile aufgrund einer subjektiv angenommenen Evidenzlücke als nicht gegeben an.“* Begründung: Die vorgeschlagene Änderung dient der präzisen und sachgerechten Abbildung des im Stellungnahmeverfahren abgegebenen Meinungsbildes. Die ursprüngliche Formulierung gewichtet eine singuläre Mindermeinung überproportional und stellt eine subjektive Einzelbewertung als allgemeingültigen Sachverhalt dar. Um eine Verzerrung in den Tragenden Gründen zu vermeiden und dem tatsächlichen Konsens der wissenschaftlichen Fachgesellschaften Rechnung zu tragen, ist eine präzise Qualifizierung dieser Position als abweichende Einzelmeinung methodisch geboten. **TG – 4.3.1:** *„Zu berücksichtigen sei jedoch, dass die Rolle der Eltern als Anleitungsempfänger **im Diskurs vereinzelt** als emotional fordernd angesehen wird. **Demgegenüber betonen befürwortende Stellungnahmen unter Verweis auf qualitative Studien (u. a. San-Martín-Gómez et al., 2026a, 2026b), dass die strukturierte häusliche Anwendung die Bindung nachweislich schützt, die elterliche Selbstwirksamkeit stärkt („Empowerment“) und durch die professionelle therapeutische Begleitung (Supervision) psychosozial sicher abgefedert wird.“*** Begründung: Welche Evidenz liegt zu dieser Aussage vor? Die fehlende Evidenz wird an anderen Punkten (bei positiven Aspekten der Vojta Therapie) ständig aufgeworfen und	Kenntnisnahme der Hinweise zu Kapitel 4.3.1 *Elemente der Behandlung nach Vojta und Behandlungstechniken* der Tragenden Gründe. Siehe lfd. Nummer 45

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung
		kritisiert. Bisher nicht berücksichtige Studien belegen, dass Eltern die Therapie zwar als fordernd, aber durchweg positiv bilanzieren. Die aktive Teilhabe am Behandlungserfolg fördert das elterliche Empowerment und stärkt die Bindung, anstatt sie zu beschädigen. Aus der nachgereichten Stellungnahme vom April 2026 geht zudem hervor, dass die regelmäßige Supervision in der Praxis sicherstellt, dass Eltern eben nicht mit Ängsten allein gelassen werden, sondern eine kontinuierliche fachliche und emotionale Rückbindung erfahren. Dies sichert die Adhärenz und schützt das familiäre Gefüge.	
50.	IVG	**TG – 4.3.3:** Im Diskurs wurde hinterfragt, inwiefern die Vojta-Therapie grundsätzlich durch Bezugspersonen durchgeführt werden sollte, da sie aus deren Sicht den Grundsätzen einer familienorientierten Förderung widersprächen. Demgegenüber betonen die Fachgesellschaft (IVG) sowie neuere qualitative und kontrollierte Studien (u. a. San-Martín-Gómez et al., 2026a, 2026b; Martínez-Fuentes, 2011), dass die moderne Vojta-Therapie die Prinzipien der familienzentrierten Förderung vollumfänglich erfüllt. Durch das strukturierte Eltern-Coaching wird die partnerschaftliche Kompetenz und Selbstwirksamkeit der Familie gestärkt („Empowerment"), während die Eltern-Kind-Bindung aktiv geschützt und nachweislich nicht beeinträchtigt wird. Begründung: Die geäußerte Kritik ist wissenschaftlich widerlegt und entspricht nicht dem aktuellen Stand der Neurorehabilitation: Familiäres Empowerment: Aktuelle kontrollierte Studien (u. a. San-Martín-Gómez et al., 2026a, 2026b) belegen, dass die strukturierte elterliche Anleitung die Bewältigungskompetenz und Selbstwirksamkeit der Familie im Alltag nachweislich stärkt, statt ihr zu widersprechen. Nachgewiesener Bindungsschutz: Empirische Bindungsstudien (insb. Martínez-Fuentes et al., 2011) entkräften die Sorge vor einer Beziehungsbeeinträchtigung. Mittels standardisierter Testverfahren wurde nachgewiesen, dass die Bindungsqualität (Apego-Sicherheit) in der Vojta-Gruppe vollkommen deckungsgleich mit Kontrollgruppen ist. Der Richtlinientext darf sich nicht auf hypothetische Bedenken stützen, sondern muss diese positive Evidenz korrekt abbilden.	Kenntnisnahme der Hinweise zu Kapitel 4.3.3 *Rolle und Bedeutung der Bezugspersonen der Vojta-Therapie* der Tragenden Gründe. Siehe lfd. Nummer 45
51.	IVG	**TG 4.3.4:** *„Die Durchführung von Schulungen der Bezugspersonen wurde von den Befragten für Säuglinge/Kinder und Erwachsene insgesamt als strukturiert geschildert und sind Bestandteil des Weiterbildungscurriculums [...]"* „Dem im selben Absatz beschriebenen Konsens, dass eine Aufklärung über Fehlerquellen und Überlastungszeichen regelhaft stattfindet, widersprach eine einzelne Rückmeldung,	Kenntnisnahme der Hinweise zu Kapitel 4.3.4 *Schulung von Bezugspersonen* der Tragenden Gründe. Siehe lfd. Nummer 45

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung
		nach der keine Aufklärung über Risiken, Abbruchzeichen oder unerwünschte Folgen stattfinden würde." Begründung: Die selektive Hervorhebung einer nachweislich falschen Einzelmeldung im Entwurfstext verstößt gegen das Gebot der sachlichen und repräsentativen Zusammenfassung des Beratungsverfahrens. Dem im selben Absatz beschriebenen, breiten Konsens der Fachwelt – wonach eine strukturierte Aufklärung über Fehlerquellen und Überlastungszeichen obligater Bestandteil des Curriculums ist – wird hier eine singuläre, unbegründete Behauptung asymmetrisch gegenübergestellt.	
52.		**TG – 4.4.2:** *„[…] dokumentiert werden,* ***wobei von anderer Seite darauf verwiesen wird, dass für solche Schädigungen keine wissenschaftlichen Belege existieren und aktuelle Bindungsstudien diese Befürchtungen entkräften."*** Begründung: Die vorgeschlagene Textänderung dient der Vollständigkeit und der methodischen Korrektheit des Verfahrens. Da die mit der ergänzenden Stellungnahme vorgelegten neueren Studien zur Bindungsforschung bislang keinen Eingang in die Formulierung der Tragenden Gründe gefunden haben, entsteht ein unvollständiges und verzerrtes Bild der Evidenzlage. Die Aufnahme der Gegenposition ist verfahrensrechtlich geboten, um das im Stellungnahmeverfahren dargebrachte Erkenntnismaterial sachgerecht zu würdigen.	Kenntnisnahme des Hinweises, der sich nach Einschätzung des GBA im Wesentlichen auf Kapitel 4.4.1 *Mechanismen/Protokolle zur Dokumentation möglicher unerwünschter Wirkungen* der Tragenden Gründe bezieht. Siehe lfd. Nummer 45
53.	IVG	**TG - 4.4.2:** *„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, wobei die nachgewiesene Regulierung dieser Werte innerhalb von 20 Minuten (Kiebzak et al., 2021) der Annahme einer Traumatisierung widerspricht, da es sich um einen transienten, physiologischen Eustress handelt."* Begründung: Die Verwendung hochgradig suggestiver und psychologisierender Begriffe wie „situative Traumatisierung" entbehrt einer wissenschaftlichen und empirischen Grundlage. Zudem verzerrt die isolierte Erwähnung einer Cortisol-Ausschüttung den medizinischen Sachstand. Die prospektive Untersuchung von Kiebzak et al. (2021) belegt empirisch, dass der Cortisolspiegel bereits 20 Minuten nach Beendigung der Reflexlokomotion bei allen Probanden vollständig in den physiologischen Normbereich absinkt. Es handelt sich somit nachweislich um eine zeitlich begrenzte, physiologische Aktivierungsreaktion des Organismus (Eustress analog zu sportlicher oder körperlicher Anstrengung) und explizit nicht um eine	Kenntnisnahme der Hinweise zu Kapitel 4.4.2 *Schädigungspotential in der unmittelbaren Anwendung der Vojta-Therapie* der Tragenden Gründe. Siehe lfd. Nummer 45

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung
		pathologische, chronische oder dauerhaft schädigende Stressbelastung. Die vorgeschlagene Änderung führt die Diskussion auf eine objektive, neurophysiologische Ebene zurück. **TG - 4.4.2:** *„Die Frage eines möglichen Schädigungspotenzials bei der Anwendung durch Bezugspersonen bei Säuglingen und Kindern konnte über die Fachliteratur nicht nachgewiesen werden. Diskutiert werden vielmehr mögliche Auswirkungen auf die Eltern-Kind-Interaktion sowie eine erhöhte Beanspruchung des familiären Systems.“* Begründung: Die Fachliteratur zeigt kein physisches Schädigungspotenzial. Die im Diskurs genannten Sorgen zur Eltern-Kind-Interaktion und zum Stress sind empirisch entkräftet. Kontrollierte Studien belegen eine rasche hormonelle Normalisierung (Cortisol-Abfall nach 20 Min.; Kiebzak et al., 2021) und den Erhalt einer sicheren Bindungsqualität (Martínez-Fuentes et al., 2011; San-Martín-Gómez et al., 2026). Die Beanspruchung des Familiensystems wird durch die qualifizierte therapeutische Anleitung und Begleitung im Alltag nachweislich aufgefangen.	
54.	IVG	**TG - 4.4.3:** *„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.“* *„Als mögliche Spätfolgen, die bei der Anwendung der Vojta-Therapie durch Physiotherapeutinnen und -therapeuten auftreten könnten, wurde **im Diskurs** 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. ***Langzeitfolgen, insbesondere auf emotionale Entwicklung und Eltern-Kind-Bindung, seien bislang nicht systematisch erforscht oder in geeigneten Studien untersucht worden. Erste vorliegende kontrollierte und qualitative Untersuchungen (u. a. Martínez-Fuentes et al., 2011; San-Martín-Gómez et al., 2026a, 2026b), zeigen keine Bindungsbeeinträchtigung, langfristige Untersuchungen oder Follow-Ups sollten dies weiter evaluieren.“*** *„Bei Anwendung durch Bezugspersonen wurde bei der Umsetzung der Vojta-Therapie im häuslichen Umfeld **vereinzelt** auf ein **theoretisches** Risiko für die Eltern-Kind-Bindung*	Kenntnisnahme der Hinweise zu Kapitel 4.4.3 *Risiko möglicher somatischer, psychischer oder sozialer Spätfolgen* der Tragenden Gründe. Siehe lfd. Nummer 45

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung
		*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 **als hypothetische Risiken** genannt. Hingegen wurde **mehrheitlich** angeführt, dass bei korrekter **(lege artis)** Durchführung der Vojta-Therapie und **einer engen, supervisionierten** Anpassung an die Ausgangssituation der Familien kein Risiko für Spätfolgen bestünde.*" Begründung: Der Entwurf transportiert rein theoretische und spekulative Annahmen zu psychischen Spätfolgen. Die vorgeschlagene Änderung korrigiert dies, indem sie die im Diskurs geäußerten Sorgen direkt der tatsächlichen, positiven Studienlage (Martínez-Fuentes, 2011; San-Martín-Gómez, 2026) gegenüberstellt, welche eine Bindungsstörung empirisch ausschließt. Das Risiko von Belastungen im häuslichen Umfeld wird im Richtlinientext richtigerweise als ein Steuerungsproblem der Durchführungsqualität (Anpassung und therapeutische Begleitung) eingeordnet, nicht als inhärentes Risiko der Methode selbst.	
55.	IVG	**TG – 4.4.4:** „*Hinsichtlich psychischer Belastungen oder direkter Stressreaktionen bei Säuglingen und Kindern wurden **in einem Teil der Stellungnahmen** Stressreaktionen wie beispielsweise Schreien, Weinen **(welches von anderer Seite unter Verweis auf vorliegende Cortisolstudien als physiologische Anstrengungsreaktion eingeordnet wird)**, vegetative Reaktionen oder motorischer Widerstand benannt. Dem werde **nach herrschender Expertenmeinung** durch die individuelle Anpassung von Therapie und Reizintensität sowie durch Pausen und Zuneigung regelhaft entgegengewirkt.*„ „*Als mögliche psychische Belastungen oder direkte [...] Bezugspersonen könnten **initial** verunsichert oder mit der Umsetzung der Therapie überfordert sein. Es wäre auch denkbar, dass ein ausbleibender Therapieerfolg Schuldgefühle verursache.*" „*Des Weiteren wurden **in einzelnen Antworten hypothetische Risiken für** Traumatisierung, Bindungsstörung, Schuldgefühle sowie Hilflosigkeit als mögliche psychische Belastungen benannt. Nach vereinzelten Einschätzungen könne psychischer Druck durch die Notwendigkeit einer sorgfältigen Durchführung und die Übernahme von Verantwortung entstehen. Dem psychischen Belastungspotential der Bezugspersonen werde jedoch durch die obligatorische therapeutische Aufklärung, das begleitende Eltern-Coaching sowie die regelmäßige Supervision effektiv entgegengewirkt.*" Begründung: Das emotionale Vokabular des Entwurfs („untröstliches Schreien", „Rückzug und Erstarrung") wird auf eine sachliche, kinesiologische Ebene zurückgeführt. Die	Kenntnisnahme der Hinweise zu Kapitel 4.4.4 *Psychische Belastungen oder direkte Stressreaktionen der Vojta-Therapie* der Tragenden Gründe. Siehe lfd. Nummer 45

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung
		physiologische Erregung wird durch die objektive Cortisolstudien (u. a. Kiebzak et al., 2021) gestützt, die eine rasche hormonelle Normalisierung nach Therapieende belegen. Einzelmeinungen oder unbewiesene Hypothesen („Traumatisierung, Bindungsstörung") dürfen nicht als allgemeiner, wissenschaftlicher Konsens im Richtlinientext verstanden werden. Die Belastungspotenziale der Bezugspersonen werden im Entwurf isoliert und defizitär dargestellt. Die Änderung rückt die Realität der Versorgungsstruktur in den Vordergrund: Das immanente System aus obligatorischer Anleitung, fortlaufendem Eltern-Coaching und regelmäßiger Supervision fängt diese initialen Verunsicherungen in der Praxis nachweislich und effektiv auf.	
56.	IVG	**TG – 4.4.5:** *„Es wurde vereinzelt geäußert, dass sich die Sorgen zur kindlichen Entwicklung unter der Vojta-Therapie aufgrund aktueller Erkenntnisse unter anderem aus der Bindungsforschung, zur Be-deutung der Stressregulation in der frühen Kindheit und zum motorischen Lernen eher verstärkt haben. Demgegenüber verweisen andere Stellungnehmende darauf, dass mittlerweile spezifische qualitative und kontrollierte Untersuchungen zur Vojta-Therapie vorliegen (u. a. Martínez-Fuentes et al., 2011; Kiebzak et al., 2021; San-Martín-Gómez et al., 2026a, 2026b). Diese liefern erste wissenschaftliche Hinweise, welche die geäußerten Bedenken hinsichtlich einer pathologischen Stressbelastung oder einer Gefährdung der Bindungsqualität entkräften, wobei eine methodische Vertiefung dieser Begleitforschung für die Zukunft befürwortet wird.*" Begründung: Diese Umformulierung unterstützt positiv die Notwendigkeit zukünftiger wissenschaftlicher Studien für alle Therapieverfahren. Gleichzeitig wird damit klargestellt, dass zurzeit die wissenschaftlichen Erkenntnisse nicht ausreichen für Behauptungen und den theoretischen Bedenken die real existierende empirische Studienlage gegenübergestellt.	Kenntnisnahme der Hinweise zu Kapitel 4.4.5 *Veränderungen der Einschätzung psychischer Belastbarkeit von Säuglingen und Kindern sowie Bezugspersonen seit den 1950er bis 1970er Jahren gegenüber heute* der Tragenden Gründe. Siehe lfd. Nummer 45
57.	IVG	**TG – 4.5.2:** *„[...] spielt dieser Lernmechanismus in der Vojta-Therapie keine Rolle* ***auf dieser Ebene. Die Reflexlokomotion setzt stattdessen auf einer unwillkürlichen, subkortikalen Ebene (neurophysiologische Bahnung) an, deren Effekte im Anschluss direkt durch spontanmotorische, alltagsbezogene Aktivitäten angesprochen werden.*** *[...] Weitere Unterschiede liegen in der Aufgabenorientierung sowie der* ***Art und Weise, wie die*** *Rolle der Motivation* ***genutzt wird****. Während bei Bobath direkt auf die Förderung von Selbstständigkeit und Alltagshandlungen abgezielt wird,* ***fungiert die neurophysiologische Bahnung der Vojta-Therapie als notwendige funktionelle Basis für ebendiese alltagsbezogenen Zielstellungen****. Dies spiegelt sich in der Annahme wider, dass* ***elementare*** *Bewegungsmuster unabhängig vom inneren Antrieb* ***und ohne vorhandene***	Kenntnisnahme der Hinweise zu Kapitel 4.5.2 *Unterschiede zu anderen Therapieverfahren* der Tragenden Gründe. Siehe lfd. Nummer 45

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung
		Willkürmotorik *ausgelöst werden können, um dem Patienten im Anschluss die koordinierte Bewältigung seiner Alltagskompetenzen zu ermöglichen.* ***Insbesondere bei schwersten neurologischen Schädigungen ist dies ein Vorteil.“*** Begründung: Falsche Interpretation der Aussage, „dass Patienten auch behandelt werden können, wenn sie keine Willkürmotorik zur Verfügung haben oder in einem nicht kommunikativen Zustand sind, das ist ein Vorteil der Vojta Therapie, bedeutet aber nicht, dass auf alltagsbezogene Zielstellungen und die Rolle der Motivation verzichtet wird. Gerade über das Auslösen von gezielter phasischen und aufrichtenden Aktivitäten zeigt sich die Alltagsbezogenheit und motiviert den Patienten die erreichten verbesserte Bewegungsmuster anzuwenden. Dieser Teil („die Autonomie der Patienten berücksichtigt und die individuelle Entwicklungsvariabilität einbezogen wird“,) unterscheidet sich nicht und ist daher zu streichen: die therapeutische Zielsetzung berücksichtigt genau das auch im Rahmen der Vojta-Therapie. S. Studien bei GMFCS IV und V Patienten und Stroke (Sanz-Mengibar et al. (2021) & Ha / Sung (2018, 2022, 2024), Epple (2020).	
58.	IVG	**TG – 4.5.3:** „*Reduktion von Praxisbesuchen durch die Einbeziehung von Bezugspersonen und somit Verabfolgung höherer Therapiedosen; durch standardisierten Reizsetzungen* ***sind die Fehlerquellen sehr gering. Zur kontinuierlichen Qualitätssicherung, für die fachgerechte therapeutische Begleitung und Anleitung der Bezugspersonen sowie für die fortlaufende Anpassung der Therapie an die Entwicklung und Fortschritte des Patienten sind regelmäßige Praxisbesuche erforderlich.“*** Begründung: Wir begrüßen, dass die Reduktion der Praxisbesuche vorteilhaft gesehen wird, aber natürlich wird die Durchführung der Therapie regelmäßig begleitet, kontrolliert und an die individuelle Situation (Kind/Eltern/häusliches Umfeld) angepasst. Da ZNS-Erkrankungen und kindliche Entwicklungsphasen von stetigen Veränderungen geprägt sind, ist die kontinuierliche kinesiologische Anpassung der therapeutischen Reize an die Fortschritte des Patienten durch Fachpersonal zwingend erforderlich. Die regelmäßigen Praxisbesuche dienen als obligatorisches Kontroll- und Anpassungsinstrument, um die Behandlungsqualität dauerhaft zu sichern.	Kenntnisnahme der Hinweise zu Kapitel 4.5.3 *Vorteile der Vojta-Therapie gegenüber anderen Verfahren* der Tragenden Gründe. Siehe lfd. Nummer 45
59.	IVG	**TG - 5.2.1:** „*Die in Satz 1 grundsätzlich technikoffene Regelung bildet die Versorgungsrealität ab und berücksichtigt die Ergebnisse des Beratungsverfahrens, insbesondere die ausführlichen Rückmeldungen der Stellungnehmenden sowie die derzeit verfügbaren*	Kenntnisnahme der Hinweise zu Kapitel 5.2.1 *Änderung in Nummer 5 – Krankengymnastik Zentrales Nervensystem* der Tragenden Gründe.

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung
		medizinischen Erkenntnisse (siehe auch Kapitel 4 zur Würdigung der schriftlichen Expertenbefragung). ***Ungeachtet der Technikoffenheit sind jedoch verbindliche Mindeststandards für die Qualifikation der Anwenderinnen und Anwender, insbesondere zu Umfang und Inhalt der Weiterbildung, festzulegen.*** *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.* ***Darüber hinaus sollte geprüft werden, ob weitere von den Fachgesellschaften empfohlene Indikationen für eine Behandlung KG ZNS berücksichtigt werden können.“*** Begründung: Technikoffenheit darf nicht zu einer Verwässerung des Behandlungsniveaus bei hochkomplexen ZNS-Erkrankungen führen. Um den Patientenschutz und den Therapieerfolg zu sichern, ist die Kopplung an verbindliche, zertifizierte Mindestqualifikationen der Anwender zwingend erforderlich. Die Hinzuziehung fachgesellschaftlicher Empfehlungen für weitere Indikationen stellt sicher, dass die Richtlinie dynamisch bleibt, den aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse abbildet und Patienten bedarfsgerecht erreicht. **TG – 5.2.1 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* ***zwischen Arzt, Ärztin und Therapeut: in*** *fortlaufend* ***kommuniziert werden und*** *bei Bedarf* ***in gegenseitiger Absprache*** *anzupassen sind. Die fortlaufende* ***Kommunikation*** *und Anpassung dienen 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.“* Begründung: Bei der Behandlung komplexer ZNS-Erkrankungen ist die engmaschige Abstimmung zwischen der verordnenden Ärzteschaft und den ausführenden Therapeuten unerlässlich. Die Ergänzung stellt klar, dass Anpassungen nicht isoliert stattfinden, sondern die rechtlich und medizinisch notwendige interprofessionelle Kommunikation und Absprache widerspiegeln. Durch die Verankerung der gegenseitigen Absprache im	Aspekt der Qualifikation: Siehe auch lfd. Nummer 36 **TG - 5.2.1:** Dem Vorschlag wird nicht gefolgt. Die Tragenden Gründe dienen der Begründung des Beschlusstextes und nicht der Formulierung weiterer Prüfaufträge. Die von den Fachgesellschaften benannten Indikationen wurden geprüft und mit der vorgesehenen Regelung im Heilmittelkatalog abgeglichen. Da die Indikationsaufzählung in der Diagnosegruppe ZN offen und nicht abschließend formuliert ist, ergab sich kein zusätzlicher Änderungsbedarf. **TG – 5.2.1 Zu Satz 7:** Die erforderliche Zusammenarbeit zwischen Verordnenden und Heilmittelerbringenden ist bereits übergeordnet in Teil C, insbesondere in § 14 HeilM-RL, geregelt. Danach ist eine enge Kooperation sicherzustellen. Einer erneuten leistungsspezifischen Regelung bei KG-ZNS bedarf es daher nicht. Die fortlaufende Überprüfung und Anpassung der physiotherapeutischen Maßnahmen und Therapieziele obliegt im Rahmen der ärztlich festgestellten Indikation den behandelnden Therapeutinnen und Therapeuten. Bei relevanten Befundänderungen oder unerwünschten Wirkungen erfolgt erforderlichenfalls eine Rücksprache mit der verordnenden Person.

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung
		Richtlinientext wird gewährleistet, dass unerwünschte Wirkungen oder funktionelle Verschlechterungen sofort auf kurzem Dienstweg rückgekoppelt und therapeutisch sowie medizinisch koordiniert aufgefangen werden. **TG – 5.2.1 Zu den Sätzen 4-6:** *„[...] Die nachfolgend genannten Komponenten der Maßnahmen sind für die Behandlung von Schädigungen des zentralen Nervensystems von besonderer Relevanz:* - ***Maßnahmen** zur Anbahnung aktiver Bewegungsabläufe,* - ***Maßnahmen zur** Kraft- und Koordinations-**förderung und Reduktion pathologischer Ersatzmuster**,* - *Maßnahmen zur Regulation des Muskeltonus,* - ***Maßnahmen** zur Anbahnung und Stabilisierung von Haltefunktionen,* - *Maßnahmen zur **Förderung** der posturalen Kontrolle und des Gleichgewichts,* - ***Maßnahmen** zur Förderung von Stell-, Stütz- und Schutzreaktionen, [...]*“ Begründung: Vgl. Änderungsvorschläge zu BE (s.o.). Der Begriff „Maßnahme“ entspricht der standardisierten Terminologie der Heilmittel-Richtlinie und grenzt die verordnungsfähigen, hochqualifizierten Leistungen der Neurorehabilitation trennscharf von rein sportwissenschaftlichen oder präventiven Angeboten („Training“, „Übungen“) ab. Bei Schädigungen des zentralen Nervensystems steht die gezielte therapeutische Steuerung – insbesondere die Inhibition pathologischer Ersatzmuster und die Bahnung koordinierter Bewegungsabläufe – im Vordergrund. Der vereinheitlichte Terminus „Maßnahmen zur ...“ bildet diesen komplexen, therapeutischen Charakter der ZNS-Behandlung präzise und richtlinienkonform ab. **TG – 5.2.1 Zu Satz 8:** *„Satz 8 stellt klar, dass **bei Schädigungen des Zentralen Nervensystems** besondere Anforderungen an die Behandlung zu berücksichtigen sind. Hierzu zählen entwicklungsabhängige Funktionen, alters- und lebensweltbezogene Anforderungen sowie die daraus resultierenden relevanten **strukturellen** Risiken **und funktionellen Belastungsgrenzen.** Dies betrifft insbesondere **strukturelle** 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 **Belastungen der Interaktion im familiären oder pflegerischen Umfeld als Anzeichen für das Erreichen dieser Belastungsgrenzen** zu nennen. **Die Berücksichtigung dieser Faktoren erfordert eine kontinuierliche Anpassung der therapeutischen Maßnahmen (z. B.**	**TG – 5.2.1 Zu den Sätzen 4-6** Dem Vorschlag kann gefolgt werden **TG – 5.2.1 Zu Satz 8** Der Vorschlag beruht auf der Annahme einer Zusammenführung von KG-ZNS und KG-ZNS-Kinder; beide Leistungen bleiben jedoch getrennt. Satz 8 adressiert gezielt die besonderen entwicklungs-, alters- und lebensweltbezogenen Anforderungen bei angeborenen oder frühkindlich erworbenen ZNS-Schädigungen. Eine Ausweitung auf sämtliche Altersgruppen würde diesen spezifischen Regelungszweck verwischen. Die fortlaufende Überprüfung und bedarfsgerechte Anpassung der Behandlung ist bereits in Satz 7 berücksichtigt. Weitergehende Ausführungen zu einzelnen

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung
		durch Modifikation von Techniken, Reizdosierung oder Kommunikation), um Fehlentwicklungen oder Überlastungen effektiv vorzubeugen.“ Begründung: Die vom G-BA gewählte Zusammenlegung von KG-ZNS und KG-ZNS-Kinder in eine gemeinsame Leistungsziffer erfordert zwingend eine alters- und konzeptübergreifende Sprache. Die im Entwurf genannten psychosozialen Risiken betreffen in ähnlicher Weise erwachsene Patienten mit schweren kognitiven, kommunikativen oder geistigen Beeinträchtigungen (z. B. nach Schlaganfall oder bei schweren Schädigungen im Erwachsenenalter) sowie deren pflegerisches Umfeld. Der Begriff ‚funktionelle Belastungsgrenzen‘ mit der Pflicht zur ‚prozessbegleitenden Anpassung‘ sichert die Therapiesicherheit und Versorgungsqualität über die gesamte Lebensspanne der Patienten rechtssicher ab.	therapeutischen Anpassungen sind daher nicht erforderlich.
60.	**Bobath-Zukunft**	Entfernung des Zusatzes Bobath, Vojta aus der Heilmittelbeschreibung (Beschlussentwurf, S.2; II): Grundsätzlich teilen wir die in den **Tragenden Gründen** dargestellte Einschätzung, dass die Verwendung konzeptbezogener Bezeichnungen wie „Bobath“ oder „Vojta“ innerhalb von Heilmittelbeschreibungen kritisch zu betrachten ist. Vor dem Hintergrund einer evidenzbasierten und patientenzentrierten Versorgung erscheint es sinnvoll, therapeutische Anforderungen und inhaltliche Merkmale zu beschreiben, anstatt bestimmte Konzepte oder Schulen als Labels zu benennen. Insofern unterstützen wir die Überlegung, die Heilmittelbeschreibung stärker an fachlichen Inhalten, therapeutischen Zielsetzungen und den hierfür erforderlichen Kompetenzen auszurichten, anstatt einzelne Therapiekonzepte ausdrücklich aufzuführen. Gleichzeitig wird aus den Tragenden Gründen deutlich, dass die Bewertung konzeptbezogener Ansätze erschwert wird, wenn dabei auf überholte oder nicht mehr aktuelle Beschreibungen zurückgegriffen wird. Dies zeigt sich exemplarisch an der auf Seite 18 der Tragenden Gründe wiedergegebenen Charakterisierung des Bobath-Konzeptes als „Hemmen und Bahnen“. (siehe Erläuterung zu Alternativen zur Vojta Therapie, S. 9) Vor diesem Hintergrund sollte bei der Beurteilung von Therapiekonzepten stets deren aktueller fachlicher Entwicklungsstand berücksichtigt werden. Eine Bewertung auf Grundlage historischer oder vereinfachender Darstellungen birgt die Gefahr, die tatsächliche Weiterentwicklung der Konzepte nicht angemessen abzubilden. Aus unserer Sicht spricht dies jedoch nicht für die Beibehaltung konzeptbezogener Labels in der Heilmittelbeschreibung. Vielmehr unterstreicht es die Notwendigkeit, Heilmittelpositionen anhand aktueller fachlicher Anforderungen, therapeutischer Kompetenzen und qualitätsgesicherter Therapieprozesse zu beschreiben, anstatt einzelne Konzepte oder deren historische Ausprägungen zum Maßstab zu machen.	Kenntnisnahme. Eine Anpassung der Tragenden Gründe ist nicht erforderlich. Die Tragenden Gründe beschreiben die Einbeziehung von Bezugspersonen und das alltagsbezogene Training im Kontext der physiotherapeutischen Behandlung von KG-ZNS und KG-ZNS-Kinder. Dabei wird nicht verkannt, dass Entwicklung, Lernen und Teilhabe von Kindern in sozialen Beziehungen, Alltagssituationen und lebensweltlichen Kontexten stattfinden. Die Begriffe der Aufklärung, Anleitung und des alltagsbezogenen Trainings sind jedoch auf die Heilmittelerbringung und die sichere Umsetzung physiotherapeutischer Maßnahmen bezogen. Die weitergehenden entwicklungswissenschaftlichen Ausführungen betreffen das fachliche Verständnis einer familien- und alltagsorientierten Versorgung insgesamt. Sie gehen über den konkreten Regelungsgegenstand der Tragenden Gründe hinaus und machen keine Änderung erforderlich.

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung
		Aussagen aus den Tragenden Gründen bzgl. des Verständnisses einer Familien- und Alltags-orientierter Therapie: Eltern als Co Therapeuten / Schulung von Bezugspersonen / Alltagsbezogenes Training Kritische Lebensereignisse wie Frühgeburtlichkeit, Infektionen, schwere Erkrankungen oder Unfälle können je nach sensitiver Reifungsphase des Gehirns schwerwiegende Langzeitfolgen für die Ent-wicklung nach sich ziehen. Dem gegenüber stehen Resilienzfaktoren der Gesundheit (z.B. gesunde Ernährung, Bewegung, Schutz vor Infektionen), aber auch Resilienzfaktoren der sozio-emotionalen Entwicklung, wie verlässliche Beziehungen, kindgerechte Interaktionen und einfühlsame Responsivität der Bezugspersonen. Nach entwicklungswissenschaftlichem Verständnis ist das Kind von Geburt an bereits aktiver Mitgestalter seiner Entwicklung. Es ist kein Wesen, das von „primitiven Reflexen" gesteuert wird. Lern- und Entwicklungsprozesse entstehen durch eigenaktive Auseinandersetzung mit der Umwelt, soziale Interaktion und die Teilnahme an bedeutungsvollen Alltagssituationen. Entwicklung kann daher nicht auf einzelne Funktionen oder Bewegungsabläufe reduziert werden, sondern vollzieht sich immer im Kontext von Beziehungen, Erfahrungen und Teilhabemöglichkeiten. Lernprozesse sind individuell. Sie bedürfen einer Atmosphäre der Geborgenheit und des Zutrauens, in der sich das Kind den Herausforderungen an der Leistungsgrenze vielfältig und wiederholt stellen kann. Die kindliche Eigenmotivation, (geteilte) Freude an Wiederholungen, Ansporn von außen, gemeinsame Rituale festigen die kindlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten des Handelns und etablieren sie im Alltag. Insbesondere Geschwister regen zur Imitation an – ein bedeutsamer Faktor in der frühkindlichen Entwicklung. Vor diesem Hintergrund greifen die in den Tragenden Gründen verwendeten Begriffe „Schulung von Bezugspersonen" und „alltagsbezogenes Training" aus unserer Sicht zu kurz. Eltern und andere Bezugs-personen werden nicht primär darin angeleitet, therapeutische Maß-nahmen durchzuführen. Vielmehr werden sie dabei unterstützt, die Signale, Bedürfnisse, Bewegungsinitiativen und Entwicklungsmöglichkeiten ihres Kindes besser zu verstehen und entwicklungsfördernde Situationen im Alltag zu erkennen und zu gestalten. Alltagsorientierung bedeutet dabei nicht die Übertragung einzelner Therapieübungen in den häuslichen Alltag. Der Alltag selbst ist der zentrale Entwicklungs- und Lernraum des Kindes. Aufgabe der Therapie ist es, gemeinsam mit den Bezugspersonen Bedingungen zu schaffen, die aktive Teilhabe, soziale Interaktion und vielfältige Lernerfahrungen ermöglichen. Die Einbeziehung der Bezugspersonen dient da-mit der Gestaltung eines	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung
		entwicklungsfördernden Umfeldes und nicht der Durchführung therapeutischer Trainingsprogramme.	
61.	Bobath-Zukunft	Als besonders sinnvoll wird die Kombination von Vojta u.a. mit Bobath eingeschätzt. **Tragende Gründe, S. 12** Die Lehrenden in der Neuropädiatrie (Bobath Zukunft!) distanzieren sich von dieser Aussage. Maßnahmen, die auf ganz differierenden neurophysiologischen Grundannahmen (Reflexlokomotion vs. Selbstintendiertes Lernen) basieren sind in der Behandlung von Kindern nicht zu kombinieren. Diese Kombination führt weder zu einer konzeptionellen Erweiterung noch zu einer höheren Qualität der Versorgung, sondern birgt vielmehr die Gefahr, die innere Logik, Nachvollziehbarkeit und Evaluation der Therapie zu erschweren.	Kenntnisnahme. Eine Anpassung der Tragenden Gründe ist nicht erforderlich. Die Aussage, dass eine Kombination der Vojta-Therapie unter anderem mit dem Bobath-Konzept als sinnvoll eingeschätzt werde, gibt lediglich Rückmeldungen aus der schriftlichen Expertenbefragung wieder. Sie ist als Ergebnis der Befragung dargestellt und stellt keine fachliche Bewertung oder Empfehlung des GBA zur regelhaften Kombination unterschiedlicher Therapiekonzepte dar.
62.	Bobath-Zukunft	Physiotherapeutische Alternativen zur Vojta-Therapie und Vorteile der Vojta-Therapie gegenüber anderen Verfahren, **Tragende Gründe, S. 17 und S. 19** Aussagen in den Tragenden Gründen, dass besonders kognitiv und schwer beeinträchtigte Kinder von Verfahren, wie Vojta profitieren können, halten wir für ethisch bedenklich. Gerade Säuglinge, Kleinkinder sowie Kinder und Jugendliche mit schweren kognitiven oder mehrfachen Beeinträchtigungen gehören zu den besonders vulnerablen Patientengruppen. Sie verfügen häufig nur eingeschränkt über die Möglichkeit, Bedürfnisse, Belastungen, Wohl-befinden oder Ablehnung differenziert auszudrücken. Für diese Gruppen sind bes. Kenntnisse über Feinzeichen des emotionalen Ausdrucks und fundierte Einschätzung der Bewegungsintention und -motivation erforderlich, um therapeutische Angebote zu machen und Bewegungsfreude und Selbstwirksamkeit erleben zu lassen. Insbesondere bei Kindern mit schweren Beeinträchtigungen kommt der Förderung von Eigenaktivität und Handlungskompetenz eine wesentliche Bedeutung zu. Dies trägt dazu bei, sekundären Folgen von Inaktivität, Passivität und eingeschränkter Teilhabe entgegenzuwirken und die Entwicklung vorhandener Potenziale bestmöglich zu unterstützen.	Kenntnisnahme. Eine Anpassung der Tragenden Gründe ist nicht erforderlich. Die Ausführungen zu möglichen Vorteilen der Vojta-Therapie gegenüber anderen physiotherapeutischen Verfahren geben die heterogenen Rückmeldungen aus der schriftlichen Expertenbefragung zusammenfassend wieder. Bereits einleitend wird klargestellt, dass im Folgenden die Rückmeldungen der Expertinnen und Experten zu den einzelnen Themenkomplexen dargestellt und gewürdigt werden. Die genannten Einschätzungen, wonach die Vojta-Therapie insbesondere bei schwer beeinträchtigten, kognitiv eingeschränkten oder wenig kooperativen Patientinnen und Patienten Vorteile aufweisen könne, werden daher nicht als generalisierende Bewertung oder gesicherte fachliche Schlussfolgerung des GBA dargestellt.
63.	Bobath-Zukunft	Psychische Belastungen oder direkte Stressreaktionen der Vojta-Therapie, **Tragende Gründe, S.13 und S. 16** Die in den Tragenden Gründen dargestellte Deutung von untröstlichem Schreien, Weinen oder anderen Stressreaktionen als Ausdruck mangelnder Anstrengungsbereitschaft oder als Widerstand gegenüber therapeutischen Anforderungen halten wir für fachlich	Kenntnisnahme. Eine Anpassung der Tragenden Gründe ist nicht erforderlich. Die in den Tragenden Gründen wiedergegebenen Aussagen zu möglichen Deutungen von Schreien, Weinen oder Stressreaktionen beruhen auf Rückmeldungen aus der schriftlichen Expertenbefragung und sind dort entsprechend als Einzelaussagen kenntlich

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung
		nicht ausreichend begründet. Für eine solche Interpretation sind uns keine belastbaren wissenschaftlichen Nachweise bekannt. Insbesondere bei Säuglingen, Kleinkindern und anderen vulnerablen Personengruppen stellen Verhaltens- und Ausdrucksformen häufig die einzige Möglichkeit dar, Belastung, Überforderung oder Stress zu kommunizieren. Diese Signale sollten daher als relevante klinische In-formationen verstanden und nicht vorschnell umgedeutet werden. Stresssignale von Kindern sollten grundsätzlich ernst genommen und in die therapeutische Entscheidungsfindung einbezogen werden. Dies gilt insbesondere für Kinder, die ihre Wahrnehmungen, Bedürfnisse und Belastungen nicht oder nur eingeschränkt verbal ausdrücken können. Ebenso sehen wir die Annahme kritisch, dass während einer Intervention ausgelöste Stressreaktionen durch nachträglichen Trost, Zuwendung oder Pausen ausreichend kompensiert werden können. Auch hierfür bedarf es einer wissenschaftlichen Begründung. Die beschriebene Interpretation von Schreien als Ausdruck mangeln-der Anstrengungsbereitschaft findet sich nicht nur im Zusammenhang mit der Vojta-Therapie, sondern auch in anderen Therapieansätzen, beispielsweise der Dynamic Movement Intervention (DMI). Unabhängig vom jeweiligen Verfahren halten wir eine solche Deutung ohne belastbare wissenschaftliche Grundlage für problematisch.	gemacht. Sie werden damit nicht als gesicherte wissenschaftliche Erkenntnis oder als allgemein gültige Bewertung von Stressreaktionen dargestellt.
64.	Bobath-Zukunft	Physiotherapeutische Alternativen zur Vojta -Therapie, **Tragende Gründe ab S. 17** Aus unserer Sicht ist die Aussagekraft der dargestellten Evidenzlage für das Heilmittel KG-ZNS-Kinder eingeschränkt, da ein erheblicher Teil der herangezogenen Studien und Reviews auf Kinder mit Cerebralparese (CP) fokussiert. Kinder mit Cerebralparese stellen jedoch nur eine von vielen Patientengruppen dar, für die KG-ZNS-Kinder verordnet wird. Darüber hinaus handelt es sich bei der Cerebralparese um einen sogenannten „Umbrella Term“, der eine heterogene Gruppe von Kindern mit unterschiedlichen Ätiologien, klinischen Erscheinungsbildern und Entwicklungsverläufen umfasst. Die Bezeichnung wird heute vor allem aufgrund gemeinsamer Anforderungen an die langfristige und multi-modale Versorgung beibehalten und nicht aufgrund einer homogenen Krankheitsentität. Entsprechend lassen sich Ergebnisse aus Studien zu Kindern mit Cerebralparese nur eingeschränkt auf die Gesamtheit der Kinder übertragen, die mit KG-ZNS-Kinder versorgt werden. In den vergangenen 25 Jahren wurden erhebliche Fortschritte in der Klassifikation und Beschreibung der Cerebralparese erzielt. Die heute etablierten Klassifikationssysteme ermöglichen eine differenzierte Ein-schätzung von Funktion, Aktivität, Teilhabe und Entwicklungsverlauf und haben wesentlich zur Weiterentwicklung spezifischer therapeutischer Versorgungsansätze beigetragen. Diese Entwicklung wird in den Tragenden Gründen aus unserer Sicht nicht ausreichend berücksichtigt. Vor diesem Hintergrund	Kenntnisnahme. Weitergehende Änderungen sind nicht veranlasst. Die herangezogenen Übersichtsarbeiten dienen der Einordnung der verfügbaren Evidenz; pauschale Aussagen zur Überlegenheit einzelner Therapiekonzepte sind damit nicht verbunden.

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung
		überrascht die Bedeutung, die den Arbeiten von Novak et al. (2013, 2020) für die Bewertung therapeutischer Ver-fahren eingeräumt wird. Die vielzitierten „Overviews of Reviews“ wer-den innerhalb der wissenschaftlichen Fachwelt durchaus kontrovers diskutiert. Insbesondere die verwendete Methodik der Ampelklassifikation wurde wiederholt kritisch hinterfragt. Zudem werden dort Kin-der mit Cerebralparese unterschiedlicher Ausprägung, Altersgruppen und Versorgungsbedarfe sowie sehr unterschiedliche therapeutische Verfahren gemeinsam betrachtet. In der Aktualisierung von 2020 wurde darüber hinaus die Prävention von Cerebralparese in die Analyse einbezogen, wodurch die Heterogenität der betrachteten Frage-stellungen weiter zunimmt. Da die Veröffentlichungen von Novak et al. an mehreren Stellen in den Tragenden Gründen als Grundlage für die Bewertung physiotherapeutischer Interventionen herangezogen werden, halten wir eine differenzierte Betrachtung ihrer Methodik und Aussagekraft für erforderlich. Die entsprechenden Ausführungen finden sich in Anlage 2. Besonders kritisch sehen wir, wenn aus solchen Übersichtsarbeiten unmittelbare Schlussfolgerungen zur Überlegenheit einzelner Therapiekonzepte gezogen werden. So wird beispielsweise häufig auf die höhere Evidenz von Constraint-Induced Movement Therapy (CIMT) gegenüber dem Bobath-Konzept verwiesen. Dabei bleibt häufig unberücksichtigt, dass CIMT eine klar definierte Intervention für spezifische Zielgruppen und Zielsetzungen darstellt, während das Bobath-Konzept einen umfassenden klinischen Denk- und Handlungsrahmen für die physiotherapeutische Versorgung beschreibt. Ein direkter Wirksamkeitsvergleich beider Ansätze ist daher nur eingeschränkt möglich und wissenschaftlich differenziert zu betrachten. Die AWMF S3 Leitlinie Diagnostik und Therapie der Unilateralen spastischen Cerebralparese 2026 folgt nicht der Einschätzung von Novak et al. und begründet dieses. (S.157 Langfassung11) Aus unserer Sicht bedarf die Bewertung physiotherapeutischer Interventionen im Bereich KG-ZNS-Kinder einer deutlich differenzierteren Betrachtung der jeweiligen Zielgruppen, Fragestellungen und Versorgungskontexte, als dies durch pauschale Evidenzbewertungen einzelner Übersichtsarbeiten möglich ist.	
65.	Bobath-Zukunft	**Tragende Gründe, S. 18**: *„Im direkten Vergleich der Ansätze von Vojta und Bobath lässt sich erkennen, dass bei der Vojta-Therapie auf die Aktivierung „angeborener*	Kenntnisnahme. Eine Anpassung der Tragenden Gründe ist nicht erforderlich. Dieser Satz gibt die Rückmeldungen aus der schriftlichen Expertenbefragung wieder.

[11] Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ). Diagnostik und Therapie der unilateralen spastischen Zerebralparese // LL-uCP; S3-Letlinie. Langfas-sung (online). Version 1.0, Datum 04.06.2025. AWMF-Registernummer: 071-014. Ber-lin: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); URL: https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/071-014. (Zugriff am 21.06.2026).

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung
		gespeicherter Bewegungsmuster" abgestellt wird, während der Bobath-Ansatz pathologische Reflexe hemmt und physiologische Bewegungsmuster durch gezieltes Handling fördert." Die Darstellung des Bobath-Konzeptes in den Tragenden Gründen entspricht aus unserer Sicht nicht dem aktuellen fachlichen Stand. Insbesondere die Aussage, der Bobath-Ansatz beruhe auf der Hemmung pathologischer Reflexe und der Bahnung physiologischer Bewegungsmuster durch gezieltes Handling, beschreibt ein Verständnis, das bereits seit den 1990er Jahren im Zuge neuer Erkenntnisse aus den Neurowissenschaften, der Bewegungswissenschaft und der motorischen Lernforschung grundlegend verändert wurde. Sowohl auf europäischer als auch auf nationaler Ebene wurden die Grundlagenpapiere, Ausbildungsstandards und Curricula entsprechend überarbeitet. Aktualisierte Bobath-Therapie orientiert sich heute an Prinzipien der Neuroplastizität, des motorischen Lernens, der Aufgaben- und Kontextorientierung sowie an den individuellen Aktivitäts- und Teilhabe-zielen der Patientinnen und Patienten.	
66.	Bobath-Zukunft	Erforderliche Weiterentwicklung der Weiterbildung für besondere Maßnahmen der Physiotherapie Verträge nach § 125 Absatz 1 SGBV, **Tragende Gründe S. 20 Punkt 5.2.1, 2. Absatz** Wir begrüßen ausdrücklich die Feststellung in den Tragenden Gründen, dass für die Behandlung von Kindern im Rahmen der Heilmittelposition KG-ZNS-Kinder besondere Qualifikationen erforderlich sind. Die Versorgung von Kindern mit neurologischen, entwicklungsbedingten oder komplexen Mehrfachbeeinträchtigungen stellt hohe Anforderungen an die therapeutische Befundung, Analyse, Zielplanung, Intervention und Evaluation. Hierfür sind Kenntnisse erforderlich, die über die Inhalte der physiotherapeutischen Grundausbildung hinaus-gehen und spezifische entwicklungsneurologische, entwicklungspsychologische sowie familien- und teilhabeorientierte Kompetenzen umfassen. Die entsprechenden Inhalte sind in der physiotherapeutischen Grundausbildung bislang nur in begrenztem Umfang verankert (vgl. Anlage 1: Analyse der pädiatrischen Ausbildungsanteile in der physiotherapeutischen Grundausbildung). Gleichzeitig handelt es sich bei KG-ZNS-Kinder um eine hochspezialisierte Versorgungsleistung mit einem vergleichsweise geringen Anteil am gesamten physiotherapeutischen Versorgungsgeschehen. Nach den Daten des Heilmittel Informationssystems (HIS) entfielen im Jahr 2025 lediglich 1,2 % aller physiotherapeutischen Behandlungseinheiten auf die Heilmittelposition KG-ZNS-Kinder. Vor diesem Hintergrund erscheint es weder erforderlich noch zielführend, die hierfür notwendigen Spezialkenntnisse flächendeckend in der gesamten Berufsgruppe vorzuhalten. Aus unserer Sicht ist daher eine spezifische Weiterbildung für	Kenntnisnahme. Siehe *Kapitel C-6.1 Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen – Allgemeines Hinweise*, lfd. Nummer 5. Mit dem Beschluss ist keine Änderung des Grundsatzes verbunden, dass für die Erbringung von KG-ZNS und KG-ZNS-Kinder eine besondere Qualifikation erforderlich ist. Die Neufassung der Heilmittelbeschreibung betrifft die konzeptoffene und indikationsbezogene Ausgestaltung der Heilmittel-Richtlinie, nicht jedoch eine Aufhebung des besonderen Qualifikationserfordernisses. Soweit Anforderungen an Inhalte, Umfang oder curriculare Mindeststandards entsprechender Weiterbildungen angesprochen werden, betrifft dies insbesondere die Ausgestaltung der Verträge nach § 125 Absatz 1 SGB V. Diese Fragen sind nicht Gegenstand der vorliegenden Änderung der Heilmittel-Richtlinie. Siehe auch lfd. Nummer 36

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung
		die Erbringung der Zertifikatsposition KG-ZNS-Kinder weiterhin erforderlich. Für die Qualitätssicherung entsprechender Weiterbildungen empfehlen wir die Festlegung verbindlicher curricularer Mindeststandards. Hierzu sollte insbesondere der Nachweis eines Curriculums gehören, das die theoretischen Grundlagen, Methoden des Clinical Reasonings, Verfahren der Befunderhebung und Analyse, Auswahl adäquater Assessments, Zielvereinbarung, Therapeutisches Vorgehen, Dokumentation und Evaluation transparent beschreibt sowie deren regelmäßige Aktualisierung sicherstellt. Als Beispiel für eine strukturierte und qualitätsgesicherte Weiterbildung verweisen wir auf das „Curriculum Weiterbildungslehrgang Bobath-Grundkurs zur Behandlung von Säuglingen, Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Entwicklungs- und Bewegungsstörungen“ (Gemeinsame Konferenz der Bobath-Kurse e.V. 2023). Dieses beschreibt nachvollziehbar die theoretischen Grundlagen, die Vermittlung von Analyse- und Planungsprozessen sowie die Anforderungen an die kontinuierliche fachliche Weiterentwicklung12. Eine solche curriculare Grundlage gewährleistet Transparenz, Vergleichbarkeit und Qualitätssicherung und unterstützt die kontinuierliche Weiterentwicklung der Versorgungsqualität.	
67.	**BED**	**Änderungsvorschlag 1: Tragende Gründe um Klarstellung zur praktischen Wirksamkeit der Konzeptoffenheit ergänzen** Der BED regt an, in Abschnitt 5.2.1 der Tragenden Gründe folgenden Absatz aufzunehmen: „*Die Neufassung löst die bisherige namentliche Bindung von KG-ZNS-Kinder und KG-ZNS an einzelne Behandlungskonzepte. Damit diese Öffnung in der Versorgung wirksam wird, sind nachgelagerte vertragsrechtliche Regelungen, insbesondere Leistungsbeschreibung, Vergütungsvereinbarung sowie Regelungen zu Qualifikation und Abrechnungserlaubnis nach § 125 SGB V, an die neue Systematik anzupassen. Das besondere Qualifikationserfordernis für KG-ZNS und KG-ZNS-Kinder bleibt hiervon unberührt. Es sollte jedoch künftig nicht dauerhaft ausschließlich über Zertifikate zu einzelnen namentlich genannten Konzepten konkretisiert werden, wenn die Richtlinie selbst methodenoffen gefasst wird.*“ Die geplante Änderung streicht die bisherige konzeptbezogene Nennung aus der Heilmittel-Richtlinie. Damit wird die Richtlinie formal methodenoffener. Praktisch wird diese Öffnung jedoch nur wirksam, wenn die nachgelagerten Vertragsanlagen die neue Systematik nachvollziehen. Nach aktueller Vertragssystematik bestehen weiterhin konzeptbezogene Abrechnungspositionen, etwa KG-ZNS-Kinder nach Bobath, KG-ZNS-Kinder nach Vojta, KG-ZNS nach Bobath, KG-ZNS nach Vojta und KG-ZNS nach PNF. Auch die	Kenntnisnahme. Dem Änderungsvorschlag wird nicht gefolgt. Die Tragenden Gründe stellen hierzu bereits hinreichend klar, dass die Heilmittel-Richtlinie grundsätzlich konzeptneutral ausgestaltet ist und die Beschreibung der Heilmittel KG-ZNS und KG-ZNS-Kinder nunmehr indikationsbezogen und nicht konzeptbezogen erfolgt. Die bisherige auf bestimmte Therapiekonzepte bezogene Konkretisierung wird durch eine konzeptoffene Formulierung abgelöst. Damit wird gerade keine abschließende Positivliste bestimmter neurophysiologischer Konzepte begründet. Zugleich wird in den Tragenden Gründen bereits ausgeführt, dass die Neufassung die Möglichkeit eröffnet, die Inhalte der Verträge nach § 125 Absatz 1 SGB V, unter anderem zur erforderlichen Weiterbildung für besondere Maßnahmen der Physiotherapie, entsprechend weiterzuentwickeln. Ein Ausschluss bereits in der Versorgung angewandter Konzepte ist hiermit nicht verbunden.

[12] www.bobath-zukunft.de/wp-content/uploads/2023/11/Bobath-Curriculum-G.K.B.-2023.pdf

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung
		Regelungen zur besonderen Qualifikation und Abrechnungserlaubnis sind bislang an diese Logik gekoppelt. Dadurch kann die Situation entstehen, dass die Heilmittel-Richtlinie methodenoffen formuliert ist, die Versorgungspraxis aber weiterhin faktisch auf die bisherigen Konzepte begrenzt bleibt. Der Änderungsvorschlag richtet sich nicht gegen besondere Qualifikationsanforderungen. Bei neurologischen Versorgungsbereichen sind besondere Kompetenzen fachlich nachvollziehbar. Entscheidend ist aber, dass Qualitätssicherung künftig mit der methodenoffenen Richtlinienlogik vereinbar ausgestaltet wird. **Änderungsvorschlag 2: In den Tragenden Gründen klarstellen, dass keine neue abschließende Konzeptliste entsteht** Der BED regt an, in den Tragenden Gründen zu § 19 Absatz 3 Nummer 5 folgenden Absatz aufzunehmen: *„Die Beschreibung von KG-ZNS und KG-ZNS-Kinder erfolgt methodenoffen. Sie begründet keine abschließende Positivliste bestimmter neurophysiologischer Konzepte und schließt wissenschaftlich begründete, indikationsbezogene und patientensicher angewendete physiotherapeutische Maßnahmen nicht deshalb aus, weil sie nicht den bisher namentlich genannten Konzepten Bobath, Vojta oder PNF zugeordnet werden können.“* Der Beschlussentwurf sollte deutlich machen, dass die Streichung einzelner Konzeptnamen nicht lediglich eine redaktionelle Änderung ist. Ziel sollte eine fachlich anschlussfähige Beschreibung sein, die Weiterentwicklung ermöglicht und nicht über die Vertragspraxis erneut verengt wird. International werden in der neurologischen Rehabilitation auch andere Ansätze berücksichtigt, etwa Constraint-induced Movement Therapy beziehungsweise Forced Use sowie repetitives aufgabenspezifisches Training. Der BED macht damit keine Vorgaben zur physiotherapeutischen Binnenmethodik. Der Hinweis soll lediglich verhindern, dass moderne, wissenschaftlich begründete Ansätze weiterhin faktisch ausgeschlossen bleiben, obwohl die Heilmittel-Richtlinie künftig gerade nicht mehr konzeptgebunden formuliert sein soll. Die konkrete Auswahl physiotherapeutischer Maßnahmen muss weiterhin innerhalb der physiotherapeutischen Zielsetzung, qualifikationsgerecht, indikationsbezogen und patientensicher erfolgen.	Weitergehende Vorgaben zur konkreten Ausgestaltung der Leistungsbeschreibung, Vergütung, Qualifikation oder Abrechnungserlaubnis in den Verträgen nach § 125 Absatz 1 SGB V sind nicht Gegenstand der Heilmittel-Richtlinie und bedürfen daher keiner zusätzlichen Regelung in den Tragenden Gründen.
68.	BED	**Änderungsvorschlag 3: Abgrenzung zur Ergotherapie in den Tragenden Gründen ergänzen** Der BED regt an, in den Tragenden Gründen zu § 19 Absatz 3 Nummer 5 Satz 5, Satz 6 Buchstabe g und Satz 8 folgenden Absatz aufzunehmen: *„Alltagsrelevante Selbstständigkeit, Hilfsmittelnutzung, Bewegungsübergänge, Transfers und bewegungsbezogene Aktivitäten sind im Rahmen von KG-ZNS und KG-ZNS-Kinder auf die physiotherapeutische*	Kenntnisnahme. Dem Änderungsvorschlag wird nicht gefolgt. Eine zusätzliche Abgrenzung zur Ergotherapie in den Tragenden Gründen ist nicht erforderlich. Die Regelung beschreibt Inhalt und fachliche Ausrichtung der physiotherapeutischen Behandlung im Rahmen von KG-ZNS bzw. KG-ZNS-Kinder, insbesondere mit Blick auf funktionelles

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung
		Zielsetzung bezogen, insbesondere Bewegung, Haltung, Koordination, Mobilität, Gleichgewicht und Transfers. Ergotherapeutischer Behandlungsbedarf ist zu prüfen, wenn Beeinträchtigungen von Betätigung, Selbstversorgung, häuslichem Leben, Handlungsorganisation, Hilfsmittelhandhabung, Umweltanpassung oder Teilhabe über die bewegungsbezogene physiotherapeutische Zielsetzung hinaus bestehen oder im Vordergrund stehen.“ Der Beschlussentwurf verwendet Begriffe mit deutlichem Alltags- und Teilhabebezug, insbesondere alltagsrelevante Selbstständigkeit, bewegungsbezogene Aktivitäten, Hilfsmittelnutzung und lebensweltbezogene Anforderungen. Diese Begriffe sind für eine moderne physiotherapeutische Beschreibung nachvollziehbar, dürfen aber nicht dazu führen, dass eigenständiger ergotherapeutischer Bedarf übersehen wird. Die Ergotherapie ist in der Heilmittel-Richtlinie ausdrücklich auf krankheitsbedingte Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe bezogen, unter anderem in den Bereichen Selbstversorgung, Mobilität, Alltagsbewältigung, Interaktion, Kommunikation und häusliches Leben. Sobald im Behandlungsverlauf nicht nur bewegungsbezogene Ziele, sondern Betätigung, Alltagsorganisation, Hilfsmittelhandhabung, Umweltanpassung oder Teilhabe im Vordergrund stehen, muss dieser Bedarf gesondert geprüft werden. Die vorgeschlagene Klarstellung überstülpt der Physiotherapie keine ergotherapeutischen Inhalte. Sie grenzt im Gegenteil beide Heilmittel sauber voneinander ab und trägt dazu bei, dass Patientinnen und Patienten das jeweils passende Heilmittel erhalten.	und alltagsbezogenes Training unter physiotherapeutischer Zielsetzung. Aus dem Beschluss ergeben sich keine Änderungen bei der Verordnung und Erbringung von Maßnahmen der Ergotherapie. Ein Prüfauftrag hinsichtlich eines möglichen ergotherapeutischen Behandlungsbedarfs ist an dieser Stelle nicht sachgerecht. Die genannten Ausführungen betreffen die Durchführung und fachlichen Anforderungen der physiotherapeutischen Behandlung; sie begründen keine Verpflichtung der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, einen eigenständigen ergotherapeutischen Bedarf zu prüfen oder abzugrenzen.
69.	BED	**Änderungsvorschlag 4: Bezugspersonenanleitung präzisieren, ohne ergotherapeutische Beratung in die KG-ZNS zu verlagern** Der BED regt an, die Tragenden Gründe zu § 19 Absatz 3 Nummer 5 Satz 9 und Satz 10 wie folgt zu ergänzen: „*Die Anleitung von Bezugspersonen umfasst die für die physiotherapeutische Maßnahme erforderliche praktische Einweisung, die Prüfung der sicheren häuslichen Durchführbarkeit sowie die Aufklärung über relevante Warnzeichen. Sie ersetzt keine eigenständige ergotherapeutische Beratung oder Behandlung, wenn darüber hinaus alltagsorganisatorische, betätigungsbezogene oder umweltbezogene Bedarfe bestehen.*“ Der Beschlussentwurf stärkt zu Recht Aufklärung, praktische Anleitung und Warnzeichen bei der Einbindung von Bezugspersonen. Gerade bei Kindern und bei häuslicher Durchführung ist dies ein wichtiger Beitrag zur Patientensicherheit. Gleichzeitig sollte klar bleiben, dass die physiotherapeutische Bezugspersonenanleitung auf die sichere Durchführung der physiotherapeutischen Maßnahme bezogen ist. Wenn darüber hinaus Fragen	Kenntnisnahme. Dem Änderungsvorschlag wird nicht gefolgt. Die vorgeschlagene Ergänzung ist nicht erforderlich. Die Tragenden Gründe zu den Sätzen 9 und 10 stellen bereits klar, dass sich die Aufklärung und praktische Anleitung der Bezugspersonen auf das therapeutische Vorgehen, die Behandlungskonzepte und Maßnahmen im Rahmen von KG-ZNS bzw. KG-ZNS-Kinder beziehen. Bezugspersonen werden danach nur insoweit einbezogen, als sie physiotherapeutische Maßnahmen im Alltag oder im häuslichen Umfeld eigenständig umsetzen. Der Zusatz, dass hierdurch keine eigenständige ergotherapeutische Beratung oder Behandlung ersetzt werde, ist daher obsolet. Aus der Regelung ergibt sich kein Auftrag zur ergotherapeutischen Beratung oder Behandlung. Vielmehr werden ausschließlich Pflichten der

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung
		der Alltagsorganisation, der Betätigung, der häuslichen Umwelt, der Hilfsmittelhandhabung oder der familiären Bewältigung im Vordergrund stehen, kann ein eigenständiger ergotherapeutischer Bedarf bestehen. Diese Präzisierung schützt die fachliche Zuständigkeit der Physiotherapie und verhindert zugleich, dass ergotherapeutisch relevante Bedarfe in der Versorgung unsichtbar werden.	Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten im Zusammenhang mit der sicheren Umsetzung der physiotherapeutischen Maßnahme beschrieben, insbesondere mit Blick auf Aufklärung, praktische Anleitung sowie Warnzeichen und Risiken bei KG-ZNS-Kinder. Ein Prüfauftrag hinsichtlich eines möglichen ergotherapeutischen Behandlungsbedarfs ist an dieser Stelle nicht sachgerecht. Die genannten Ausführungen betreffen die Durchführung und fachlichen Anforderungen der physiotherapeutischen Behandlung; sie begründen keine Verpflichtung der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, einen eigenständigen ergotherapeutischen Bedarf zu prüfen oder abzugrenzen.

C-6.2 Auswertung von verfristet eingegangenen Stellungnahmen von stellungnahmeberechtigten Organisationen/Institutionen

Es sind keine Stellungnahmen verfristet eingegangen.

C-6.3 Auswertung von unaufgefordert eingesandten Positionierungen

Im Folgenden finden Sie die Auswertung einer unaufgefordert eingegangenen Stellungnahme, einer nicht stellungnahmeberechtigten Organisationen. Der Volltext der schriftlichen Stellungnahmen ist in Kapitel D-6.14 abgebildet.

Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung
VeBID	1. Öffnung der Abrechnungspositionen KG-ZNS-Kinder und KG-ZNS für weitere therapeutische Verfahren neben den klassischen Konzepten (Vojta, PNF, Bobath). 2. Verpflichtende Weiterbildung mit standardisierten und curricularen Vorgaben als Voraussetzung für die Abrechnung der Position KG-ZNS im Erwachsenenbereich. 3. Umfang der Weiterbildung (im KG-ZNS-Erwachsenenbereich aktuell 150 Unterrichtsstunden) und inhaltliche Ausgestaltung (Theorie, Praxis, supervidierter Patientenkontakt) als Maßstab für neue Verfahren. 4. Fokus auf die praktische Umsetzung theoretischer Kenntnisse in die Anwendung am Patienten während der Kurse. 5. Verbindliche Implementierung einer unabhängigen, standardisierten Qualitätssicherung nach dem Vorbild etablierter Konzepte als Voraussetzung für die Öffnung der Abrechnungspositionen. Wir begrüßen ausdrücklich die sachliche Diskussion zur Anwendung und zum Nutzen therapeutischer Verfahren im Rahmen der Abrechnungspositionen KG-ZNS-Kinder und KG-ZNS. Die Überlegung, diese Positionen nicht ausschließlich den Anbietern der klassischen Konzepte (Vojta, PNF und Bobath) vorzubehalten, sondern auch für andere therapeutische Verfahren zu öffnen, halten wir für zeitgemäß: beispielsweise die Anwendung von Spiegeltherapie bei Paresen mit Kraftgrad < 3, oder gewichtsentlastendes Gehtraining bei nicht gehfähigen Patienten (Nelles et al. 2023). Gleichzeitig möchten wir darauf hinweisen, dass sich die ursprüngliche Kritik an der Abrechnungsposition KG-ZNS-Kinder vor allem auf die Behandlung nach Vojta bezogen hat. Es ist bemerkenswert, dass das Ergebnis der aktuellen Diskussion nun jedoch alle Positionen ohne Ausnahme betrifft. Dies stellt eine überraschende Wendung in der inhaltlichen Auseinandersetzung dar. Sollte im Ergebnis eine Öffnung der Abrechnungspositionen für weitere therapeutische Konzepte erfolgen, möchten wir betonen, dass die Qualitätssicherung der jeweiligen Verfahren durch unabhängige Dachorganisatoren und nicht durch Weiterbildungsanbieter	Kenntnisnahme. Es erfolgt keine Änderung an dem Prinzip der Zusatzqualifikation für KG-ZNS und KG-ZNS Kinder. Siehe auch lfd. Nummer 36.

Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung
	gewährleistet sein muss – wie es beispielsweise im Bobath-Konzept durch den VeBID erfolgt. Hierbei wird sichergestellt, dass für die Abrechnung der Position KG-ZNS im Erwachsenenbereich eine Weiterbildung erforderlich ist, die durch standardisierte und curriculare Vorgaben einen Kompetenznachweis der Kursteilnehmer garantiert (Hengelmolen-Greb 2016[13]; Hengelmolen-Greb 2025[14]), und somit die vom GBA und den Kostenträgern erwartete und geforderte Therapiequalität sichert (Pfeifer et al. 2025[15]; GBA 2026[16]). Ein besonderer Fokus sollte dabei auf der praktischen Umsetzung theoretischer Kenntnisse in die Anwendung am Patienten liegen. Bobath-Weiterbildungen befähigen Therapeuten dazu Wissen aus der Neuropathologie, Grundsätze des motorischen Lernens und evidenzgeprüfte therapeutische Verfahren an die krankheits- und Lebenssituation von Patienten anzupassen, den Transfer von Therapieinhalten in den Alltag zu ermöglichen und Angehörige in die Therapie einzubinden (Marques et al., 2025, 2026, Vebid 2022[17]). Im Bsp. der Bobath-Weiterbildung werden die für Deutschland verbindlichen curriculare Manuale des VeBID und des Vereins Bobath-Zukunft regelmäßig überarbeitet, entsprechend der aktuellen Evidenz (VeBID 2022[18]; Grafmüller-Hell und Klemme 2023[19]). In der Bobath-Weiterbildung für Erwachsene werden zudem die Unterrichtsinhalte durch einen standardisierten Qualitätssicherungsbogen von jedem Kursteilnehmer evaluiert, von dem VeBID analytisch ausgewertet und veröffentlicht, um Transparenz über Kursinhalte und den aktuellen	

13 Hengelmolen-Greb, A. (2016): Bobath-Konzept – Überprüfung der Lehrinhalte von Bobath-Grundkursen: Enthält der Lehrplan evidenzbasierte Maßnahmen? In: physioscience 12 (01), S. 17–25. DOI: 10.1055/s-0035-1567066.

14 Hengelmolen-Greb, Anke (2025): Das Bobath Konzept - Überprüfung der Lehrinhalte von Bobath Grundkursen. Enthält der Lehrplan evidenzbasierte Maßnahmen? Eine Querschnittsstudie. In: Bewegung und Entwicklung 48, S. 74–99. Online verfügbar unter https://www.vebid.de/fileadmin/pdf/hengelmolen-greb-a-2025-das-bobath-konzept-berprfung-der-lehrinhalte-von-bobath-grundkursen_1765992668.pdf, zuletzt geprüft am 11.02.2026.

15 Pfeifer, Klaus; Geidl, Wolfgang; Jung, Andrés (2025): Bewegungsförderung in der medizinischen Rehabilitation. Hg. v. Deutsche Rentenversicherung. Online verfügbar unter file:///C:/Users/cpusc/Downloads/Praxisempfehlung-Bewegungstherapie-lang.pdf, zuletzt aktualisiert am 2025, zuletzt geprüft am 07.06.2026.

16 GBA (2026): Tragende Gründe zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie: Überprüfung der Regelungen zur Krankengymnastik zur Be-handlung von ZNS-Erkrankungen (KG-ZNS und KG-ZNS-Kinder). Anlage 2. Hg. v. Gemeinsamer Bundesausschuss. Gemeinsamer Bundesausschuss. Online verfügbar unter www.g-ba.de, zuletzt geprüft am 21.06.2026.

17 VeBID (2022): Curriculares VeBID Manual für den IBITA anerkannten Bobath Grundkurs. VeBID. Online verfügbar unter https://www.vebid.de/media/curriculum/html5.html#/24, zuletzt aktualisiert am Juli 2022, zuletzt geprüft am 20.02.2025.

18 VeBID (2022): Curriculares VeBID Manual für den IBITA anerkannten Bobath Grundkurs. VeBID. Online verfügbar unter https://www.vebid.de/media/curriculum/html5.html#/24, zuletzt aktualisiert am Juli 2022, zuletzt geprüft am 20.02.2025.

19 Grafmüller-Hell, Ch.; Klemme, B. (2023): Curriculum Weiterbildungslehrgang Bobath Grundkurs. zur Behandlung von Säuglingen, Kindern und Erwachsenen mit Entwicklungs- und Bewegungsstörungen. Hg. v. Gemeinsame Konferenz der deutschen Bobath_Kurse e.V. Gemeinsame Konferenz der Bobath-Kurse. Online verfügbar unter https://bobath-kurse.de/wp-content/uploads/2023/06/Bobath-Curriculum-G.K.B.-2023.pdf, zuletzt geprüft am 10.11.2023.

Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung
	Stand der Therapie zu gewährleisten (Hengelmolen-Greb 2016[20], 2025[21]). Wir fordern daher, dass auch neue Therapieverfahren sich an diesem hohen Standard der Qualitätssicherung der Kursinhalte orientieren. Dies betrifft sowohl den Umfang der Weiterbildung (im KG-ZNS-Erwachsenenbereich aktuell 147 Zeitstunden) als auch die inhaltliche Ausgestaltung (Theorie, Praxis und supervidierter Patientenkontakt). Die Kontrolle und Sicherstellung dieser Qualitätsstandards sollte durch eine unabhängige Dachorganisation wie den VeBID erfolgen und nicht allein in der Verantwortung einzelner Fortbildungsanbieter liegen. Zusammenfassend sprechen wir uns für eine Öffnung der Abrechnungspositionen aus, sofern eine unabhängige, standardisierte Qualitätssicherung nach dem Vorbild etablierter Konzepte wie Bobath verbindlich implementiert wird.	
VeBID	Ergänzend möchten wir darauf hinweisen, dass die von Ihnen in Anlage-2 "Tragende Gründe zum Beschlussentwurf" auf S. 18 verwendete Beschreibung der Bobath-Therapie, sie hemme pathologische Reflexe und fördere physiologische Bewegungsabläufe durch gezieltes Handling so bereits seit langem nicht mehr zutrifft. Die Definition, und die klinische Vorgehensweise der Bobath-Therapie wurde für die Kinder - und Erwachsenentherapie überarbeitet (Grafmüller-Hell und Klemme 2023[22]; Mayston et al. 2023[23]; Michielsen et al. 2019[24]; Vaughan-Graham et al. 2020[25]).	Kenntnisnahme. Siehe lfd. Nummer 65.

20 Hengelmolen-Greb, A. (2016): Bobath-Konzept – Überprüfung der Lehrinhalte von Bobath-Grundkursen: Enthält der Lehrplan evidenzbasierte Maßnahmen? In: physioscience 12 (01), S. 17–25. DOI: 10.1055/s-0035-1567066.

21 Hengelmolen-Greb, Anke (2025): Das Bobath Konzept - Überprüfung der Lehrinhalte von Bobath Grundkursen. Enthält der Lehrplan evidenzbasierte Maßnahmen? Eine Querschnittsstudie. In: Bewegung und Entwicklung 48, S. 74–99. Online verfügbar unter https://www.vebid.de/fileadmin/pdf/hengelmolen-greb-a-2025-das-bobath-konzept-berprfung-der-lehrinhalte-von-bobath-grundkursen_1765992668.pdf, zuletzt geprüft am 11.02.2026.

22 Grafmüller-Hell, Ch.; Klemme, B. (2023): Curriculum Weiterbildungslehrgang Bobath Grundkurs. zur Behandlung von Säuglingen, Kindern und Erwachsenen mit Entwicklungs- und Bewegungsstörungen. Hg. v. Gemeinsame Konferenz der deutschen Bobath_Kurse e.V. Gemeinsame Konferenz der Bobath-Kurse. Online verfügbar unter https://bobath-kurse.de/wp-content/uploads/2023/06/Bobath-Curriculum-G.K.B.-2023.pdf, zuletzt geprüft am 10.11.2023.

23 Mayston, Margaret J.; Saloojee, Gillian M.; Foley, Sarah E. (2023): The Bobath Clinical Reasoning Framework: A systems science approach to the complexity of neurodevelopmental conditions, including cerebral palsy. In: Developmental medicine and child neurology. DOI: 10.1111/dmcn.15748.

24 Michielsen, Marc; Vaughan-Graham, Julie; Holland, Ann; Magri, Alba; Suzuki, Mitsuo (2019): The Bobath concept - a model to illustrate clinical practice. In: Disability and rehabilitation 41 (17), S. 2080–2092. DOI: 10.1080/09638288.2017.1417496.

25 Vaughan-Graham, Julie; Cheryl, Cott; Holland, Ann; Michielsen, Marc; Magri, Alba; Suzuki, Mitsuo; Brooks, Dina (2020): Developing a revised definition of the Bobath concept: Phase three. In: Physiotherapy research international : the journal for researchers and clinicians in physical therapy 25 (3), e1832. DOI: 10.1002/pri.1832.

C-7 Mündliche Stellungnahmen

C-7.1 Teilnahme und Offenlegung von Interessenkonflikten

Alle stellungnahmeberechtigten Organisationen/Institutionen, die eine schriftliche Stellungnahme abgegeben haben, wurden fristgerecht zur Anhörung am 21. August 2026 eingeladen.

Vertreterinnen oder Vertreter von Stellungnahmeberechtigten, die an mündlichen Beratungen im GBA oder in seinen Untergliederungen teilnehmen, haben nach Maßgabe des 1. Kapitels 5. Abschnitt VerfO Tatsachen offen zu legen, die ihre Unabhängigkeit potenziell beeinflussen. Inhalt und Umfang der Offenlegungserklärung bestimmen sich nach 1. Kapitel Anlage I, Formblatt 1 VerfO (abrufbar unter www.g-ba.de).

Im Folgenden sind die Teilnehmer der Anhörung am 21. August 2026 aufgeführt und deren potenziellen Interessenkonflikte zusammenfassend dargestellt. Alle Informationen beruhen auf Selbstangabe der einzelnen Personen. Die Fragen entstammen dem Formblatt und sind im Anschluss an diese Zusammenfassung aufgeführt.

Organisation/ Institution	Anrede/Titel/ Name	Frage					
		1	2	3	4	5	6
Bundesverband für Ergotherapeut:innen in Deutschland BED e. V.	Herr Volker Brünger	ja	nein	nein	nein	nein	nein
Deutsche Gesellschaft für Physiotherapie-wissenschaften (DGPTW) e. V.	Frau Prof. Dr. Susanne Saal	nein	nein	ja	nein	nein	nein
Deutschsprachige Medizinische Gesellschaft für Paraplegiologie (DMGP) e. V.	Herr Prof. Dr. Rüdiger Rupp	ja	ja	ja	ja	ja	nein
Deutsche Gesellschaft für interdisziplinäre Neurorehabilitation (DGiNR) e. V.	Herr Prof. Dr. Bernhard Elsner	nein	nein	nein	nein	nein	nein
	Herr Prof. Dr. Thomas Platz	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Internationale Vojta Gesellschaft e.V.	Frau Birgit Jakob	ja	nein	ja	nein	nein	nein
	Herr Dr. Holger Petri	ja	nein	ja	nein	nein	nein
Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V. (SHV)	Frau Johanna Pleus	ja	nein	nein	nein	nein	nein
Bobath Zukunft!	Frau Karoline Munsch	nein	nein	ja	nein	nein	nein
	Frau Andrea Lübken	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ) e. V.	Herr Prof. Dr. Volker Mall	nein	nein	nein	nein	nein	nein

Frage 1: Anstellungsverhältnisse
Sind oder waren Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor angestellt bei einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere bei einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband?

Frage 2: Beratungsverhältnisse
Beraten Sie oder haben Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor ein Unternehmen, eine Institution oder einen Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere ein pharmazeutisches Unternehmen, einen Hersteller von Medizinprodukten oder einen industriellen Interessenverband direkt oder indirekt beraten?

Frage 3: Honorare
Haben Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor direkt oder indirekt von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband Honorare erhalten für Vorträge, Stellungnahmen oder Artikel?

Frage 4: Drittmittel
Haben Sie und/oder hat die Einrichtung (sofern Sie in einer ausgedehnten Institution tätig sind, genügen Angaben zu Ihrer Arbeitseinheit, zum Beispiel Klinikabteilung, Forschungsgruppe etc.), für die Sie tätig sind, abseits einer Anstellung oder Beratungstätigkeit innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband finanzielle Unterstützung für Forschungsaktivitäten, andere wissenschaftliche Leistungen oder Patentanmeldungen erhalten?

Frage 5: Sonstige Unterstützung
Haben Sie und/oder hat die Einrichtung (sofern Sie in einer ausgedehnten Institution tätig sind, genügen Angaben zu Ihrer Arbeitseinheit, zum Beispiel Klinikabteilung, Forschungsgruppe etc.), für die Sie tätig sind, innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor sonstige finanzielle oder geldwerte Zuwendungen (z. B. Ausrüstung, Personal, Unterstützung bei der Ausrichtung einer Veranstaltung, Übernahme von Reisekosten oder Teilnahmegebühren ohne wissenschaftliche Gegenleistung) erhalten von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere von einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband?

Frage 6: Aktien, Geschäftsanteile
Besitzen Sie Aktien, Optionsscheine oder sonstige Geschäftsanteile eines Unternehmens oder einer anderweitigen Institution, insbesondere von einem pharmazeutischen Unternehmen oder einem Hersteller von Medizinprodukten? Besitzen Sie Anteile eines „Branchenfonds“, der auf pharmazeutische Unternehmen oder Hersteller von Medizinprodukten ausgerichtet ist?

C-7.2 Wortprotokoll der Anhörung zum Stellungnahmeverfahren

Das Wortprotokoll der Anhörung am 21. August 2026 ist in Kapitel D-6.15 abgebildet.

C-7.3 Auswertung der mündlichen Stellungnahmen

In der Anhörung wurden keine über die schriftlich abgegebenen Stellungnahmen hinausgehenden Aspekte vorgetragen. Daher bedurfte es keiner gesonderten Auswertung der mündlichen Stellungnahmen (siehe 1. Kapitel § 12 Absatz 3 Satz 4 VerfO).

Die mündlichen Stellungnahmen enthalten keine neuen Hinweise oder Vorschläge, die nicht bereits Gegenstand der schriftlichen Stellungnahmen waren und im Rahmen ihrer Auswertung berücksichtigt wurden.

C-8 Würdigung der Stellungnahmen

Die Würdigung der Stellungnahmen ist in den Tragenden Gründen (siehe Kapitel D-9) abgebildet.

Anlage zur Zusammenfassenden Dokumentation (Kapitel D)

Beratungsverfahren Veranlasste Leistungen

Heilmittel-Richtlinie: 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)

Vom 19.11.2026

Unterausschuss Veranlasste Leistungen
des Gemeinsamen Bundesausschusses

Korrespondenzadresse:
Gemeinsamer Bundesausschuss
Abteilung Methodenbewertung und Veranlasste Leistungen
Postfach 12 06 06
10596 Berlin

Tel.: +49 (0)30 – 275 838 - 0
Internet: www.g-ba.de

Inhalt

D-1 Anschreiben zur Expertenbefragung vom 29.04.2025

D-2 Verteiler der Expertenbefragung

D-3 Fragebogen zur Expertenbefragung vom 29.04.2026

D-4 Rückmeldungen zur Expertenbefragung

D-4.1 Ausgefüllter Fragebogen der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) e. V.

D-4.2 Ausgefüllter Fragebogen des Bundesverbands selbstständiger Physiotherapeuten - IKF e. V.

D-4.3 Ausgefüllter Fragebogen der Deutschsprachigen Medizinischen Gesellschaft für Paraplegiologie e. V.

D-4.4 Ausgefüllter Fragebogen von Bobath Zukunft! e. V.

D-4.5 Ausgefüllter Fragebogen der Vereinigung für Interdisziplinäre Frühförderung – Bundesvereinigung (VIFF-BV) e. V.

D-4.6 Ausgefüllter Fragebogen der Frühförderung Lebenshilfe Dresden e. V.

D-4.7 Ausgefüllter Fragebogen der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V. – Sektion Ki-Ju-Ortho-Trauma und Sektion Rehabilitation

D-4.8 Ausgefüllter Fragebogen des Deutschen Verbands für Physiotherapie e. V.

D-4.9 Ausgefüllter Fragebogen der Deutschen Gesellschaft für Physiotherapiewissenschaften (DGPTW) e. V.

D-4.10 Ausgefüllter Fragebogen der Bobath-Vereinigung e. V., vertreten durch Mitglieder des Wissenschaftsbeirates

D-4.11 Ausgefüllter Fragebogen der Bobath-Vereinigung e. V., vertreten durch eine Physiotherapeutin mit Bobath- und Vojta-Zertifikat

D-4.12 Ausgefüllter Fragebogen der Vereinigung für analytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in Deutschland (VAKJP) e. V.

D-4.13 Ausgefüllter Fragebogen der Deutschen Gesellschaft für Neurorehabilitation (DGNR) e. V.

D-4.14 Ausgefüllter Fragebogen der Gesellschaft für Neuropädiatrie (GNP) e. V.

D-4.15 Ausgefüllter Fragebogen der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ) e. V.

D-4.16 Rückmeldung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) e. V.

D-4.17 Ausgefüllter Fragebogen des Verbands für Physiotherapie (VPT) e. V.

D-4.18 Ausgefüllter Fragebogen der Internationalen Vojta Gesellschaft (IVG) e. V.

D-4.19 Stellungnahme einer Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin

D-4.20 Stellungnahme des Bundesverbands „Das frühgeborene Kind“ e. V.

D-4.21 Stellungnahme der Tschechischen Vojta Gesellschaft

D-4.22 Stellungnahme der Rumänischen Vojta Gesellschaft

D-4.23 Stellungnahme der Spanischen Vojta Gesellschaft

D-4.24 Stellungnahme des Kreiskrankenhauses für Notfälle Satu Mare

D-4.25 Stellungnahme des kinderorthopädischen Zirkels der KVN

D-4.26 Stellungnahme der Stiftung „Promyk Słońca“

D-4.27 Anschreiben von Frau Zukunft-Huber

D-4.28 Anschreiben von Frau Voos

D-4.29 Ausgefüllter Fragebogen der Kroatischen Vojta Gesellschaft

D-4.30 Stellungnahme des tschechischen Forschungsinstituts für klinische Rehabilitation und Physiotherapie

D-5 Stellungnahmen der Fachberatung Medizin (FBMed)

D-5.1 Stellungnahme vom 04.08.2023

D-5.2 Stellungnahme vom 27.06.2024

D-5.3 Stellungnahme vom 01.08.2025

D-5.4 Stellungnahme vom 08.08.2025

D-5.5 Stellungnahme vom 29.08.2025

D-5.6 Stellungnahme vom 17.09.2026

D-5.7 Stellungnahme vom 25.11.2025

D-5.8 Stellungnahme vom 05.05.2026 (Addendum)

D-6 Unterlagen des Stellungnahmeverfahrens

D-6.1 Beschlussentwurf, der in das Stellungnahmeverfahren gegeben wurde

D-6.2 Tragende Gründe, die in das Stellungnahmeverfahren gegeben wurden

D-6.3 Schriftliche Stellungnahmen der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) e.V.

D-6.4 Schriftliche Stellungnahmen der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) e.V.

D-6.5 Schriftliche Stellungnahmen der Gesellschaft für Neuropädiatrie (GNP) e.V.

D-6.6 Schriftliche Stellungnahmen von Bobath Zukunft! e.V.

D-6.7 Schriftliche Stellungnahmen des Bundesverbandes für Ergotherapeut:innen in Deutschland (BED) e. V.

D-6.8 Schriftliche Stellungnahmen des Spitzenverbandes der Heilmittelverbände (SHV) e. V.

D-6.9 Schriftliche Stellungnahmen der Deutschen Gesellschaft für Physiotherapiewissenschaften (DGPTW) e. V.

D-6.10 Schriftliche Stellungnahmen der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ) e.V.

D-6.11 Schriftliche Stellungnahmen der Deutschsprachigen Medizinischen Gesellschaft für Neuropädiatrie (DMGP) e.V.

D-6.12 Schriftliche Stellungnahmen der Deutschen Gesellschaft für interdisziplinäre Neurorehabilitation (DGiNR) e.V.

D-6.13 Schriftliche Stellungnahmen der Internationalen Vojta Gesellschaft (IVG) e.V.

D-6.14 Schriftliche Stellungnahmen des Vereins der Bobath InstruktorInnen IBITA Deutschland und Österreich (VeBID) e.V.

D-6.15 Wortprotokoll zum Stellungnahmeverfahren

D-7 Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Abs. 1 SGB V *(wird nach BMG Prüfung eingefügt)*

D-8 Beschluss (BAnz AT) (wird nach BAnz-VÖ eingefügt)

D-9 Tragende Gründe (wird nach BAnz-VÖ eingefügt)

Gemeinsamer Bundesausschuss

gemäß § 91 SGB V
Unterausschuss
Veranlasste Leistungen

Besuchsadresse:
Gutenbergstr. 13
10587 Berlin

Ansprechpartner/in:
Mario Hellbardt
Abteilung Methodenbewertung
und veranlasste Leistungen

Telefon:
030 275838436

Telefax:
030 275838405

E-Mail:
mario.hellbardt@g-ba.de

Internet:
www.g-ba.de

Unser Zeichen:
MHe/MRi

Datum:
29. April 2025

Gemeinsamer Bundesausschuss, Postfach 12 06 06, 10596 Berlin

An die Organisationen,
Fachgesellschaften und Verbände

– gemäß Verteiler –

per E-Mail am 29. April 2025

Überprüfung der Heilmittel-Richtlinie hinsichtlich der Regelungen zur Krankengymnastik zur Behandlung von ZNS-Erkrankungen

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) vom 16. Januar 2025 wurde ein Beratungsverfahren zur Überprüfung der Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL) eingeleitet. Gegenstand der Überprüfung sind die Regelungen zur Krankengymnastik zur Behandlung von ZNS-Erkrankungen (https://www.g-ba.de/beschluesse/7035/).

Hintergrund des Beratungsverfahrens

Aus der Versorgungspraxis gibt es Hinweise darauf, dass die Therapie nach Vojta möglicherweise mit einem Schädigungspotenzial für Säuglinge und Kinder verbunden sein könnte. Vor diesem Hintergrund soll untersucht werden, ob:

- die Therapie nach Vojta ein spezifisches Schädigungspotenzial birgt,
- altersunabhängige Spätfolgen der Therapie identifiziert werden können.

Der Schwerpunkt des Beratungsverfahrens liegt dabei auf der Therapie von Erkrankungen des zentralen Nervensystems einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen.

Ziel des Beratungsverfahrens

Die Regelungen zur Krankengymnastik zur Behandlung von ZNS-Erkrankungen (KG-ZNS und KG-ZNS-Kinder; vgl. § 19 Absatz 3 Nummer 5 und 6 HeilM-RL) sollen mit Blick auf die Patientensicherheit überprüft werden.

Daher hat sich die zuständige Arbeitsgruppe im Unterausschuss Veranlasste Leistungen (UA VL) dafür ausgesprochen, neben einer systematischen Literaturrecherche auch einschlägige Organisationen, Verbände und Fachgesellschaften zu befragen und um ihre Einschätzung zu bitten. Auch sollen Betroffenenverbände zur Gewinnung von Informationen und Einschätzungen aus Perspektive der Betroffenen befragt werden.

Ihre Beteiligung

Vor diesem Hintergrund bittet der G-BA Ihre(n) Organisation/Fachgesellschaft/Verband um die Beantwortung des beigefügten Fragebogens zur Vojta-Therapie.

Weitere Informationen zu den aktuellen Regelungen zur Krankengymnastik zur Behandlung von ZNS-Erkrankungen (KG-ZNS und KG-ZNS-Kinder nach § 19 Absatz 5 Nummer 5 und 6 der HeilM-RL) finden Sie unter folgendem Link https://www.g-ba.de/richtlinien/12/.

Für Ihre Unterstützung danken wir Ihnen im Voraus.

Wir bitten Sie, uns Ihre Antwort nach Möglichkeit **bis zum 10. Juni 2025** per E-Mail an heilmittel@g-ba.de zu übermitteln.

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Beratungen des G-BA einschließlich der Inhalte vertraulich behandelt werden müssen und Ihre schriftliche Beantwortung im Rahmen der Tragenden Gründe veröffentlicht werden kann.

Für Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

i. A. gez. Mario Hellbardt
Referent

Anlage 1 Fragebogen „Überprüfung der Heilmittel-Richtlinie hinsichtlich der Regelungen zur Krankengymnastik zur Behandlung von ZNS-Erkrankungen“

Anlage 2 Verteiler Organisationen/Fachgesellschaften/Verbände

Organisationen, Fachgesellschaften und Verbände

- Bobath Zukunft! e. V.
- Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe e. V. (BAG-S)
- Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen e. V. (bvkm)
- Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten - IFK e. V.
- Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V.
- Deutsche Fachgesellschaft für Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie e.V. (DFT)
- Deutsche Gesellschaft für Allgemein- & Familienmedizin e. V. (DEGAM)
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- & Jugendmedizin e. V. (DGKJ)
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (DGKJP)
- Deutsche Gesellschaft für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung e. V. (DGMGB)
- Deutsche Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin e. V.
- Deutsche Gesellschaft für Neurologie e. V. (DGN)
- Deutsche Gesellschaft für Neurorehabilitation e. V. (DGNR)
- Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V. (DGOU), Sektion Kinder- und Jugendorthopädie und -traumatologie
- Deutsche Gesellschaft für Parkinson & Bewegungsstörungen e. V. (DPG)
- Deutsche Gesellschaft für Physikalische & Rehabilitative Medizin e. V. (DGPRM)
- Deutsche Gesellschaft für Physiotherapiewissenschaft e.V. (DGPTW)
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik & Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)
- Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik & Tiefenpsychologie e. V. (DGPT)
- Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e. V. (DGPM)
- Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e. V. (DGRW)
- Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie & Jugendmedizin e. V. (DGSPJ)
- Deutsches Skoliose Netzwerk
- Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie e. V. (DeGPT)
- Deutschsprachige Medizinische Gesellschaft für Paraplegiologie e. V. (DMGP)
- Die Bobath-Vereinigung e.V.
- Gesellschaft für Neuropädiatrie e. V. (GNP)
- Gesellschaft für Neuropsychologie e.V. (GNP)
- Internationale Vojta Gesellschaft e. V. (IVG)
- Kindernetzwerk e.V. - Dachverband der Selbsthilfe von Familien mit Kindern und jungen Erwachsenen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen
- Physio Deutschland e. V.
- VDB-Physiotherapieverband e. V. – Berufs- und Wirtschaftsverband der Selbständigen in der Physiotherapie
- Verband für Physiotherapie – Vereinigung für die physiotherapeutischen Berufe (VPT) e.V.
- Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten e.V. (VAKJP)
- Vereinigung der Kinderorthopädie e. V. (VKO)
- Vereinigung für Interdisziplinäre Frühförderung – Bundesvereinigung e. V. (VIFF)

Stand: 29.04.2025

FRAGEBOGEN
Überprüfung der Heilmittel-Richtlinie hinsichtlich der Regelungen zur Krankengymnastik zur Behandlung von ZNS-Erkrankungen

Gemeinsamer Bundesausschuss

Bitte fügen Sie den Namen Ihrer Organisation ein. Datum

Teil I Allgemeine Fragen zur Vojta-Therapie

1. Welche wesentlichen Wirkprinzipien liegen Ihrer fachlichen Ansicht nach der Vojta-Therapie zugrunde?

1.1 Welche der genannten Wirkprinzipien sind für die Behandlung von Erkrankungen des zentralen Nervensystems (einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen) relevant?

1.2 Gibt es hinsichtlich der Wirkprinzipien Unterschiede in der Behandlung von Säuglingen und Kindern und Erwachsenen?

1.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

Bitte geben Sie hier Ihre Antwort ein.

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?

2.1 Entspricht die Behandlung nach dem Vojta-Konzept dem heutigen allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse?

2.2 Gibt es zu dem derzeit praktizierten Vojta-Konzept aktuelle relevante Unterlagen und Dokumente (z. B. Curricula, Anleitungen für Bezugspersonen, Aufklärungen etc.) und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

Bitte geben Sie hier Ihre Antwort ein.

3. Wird die Vojta-Therapie heute noch als eigenständige Therapieform angewandt, oder wird sie in der Praxis zunehmend mit anderen Konzepten kombiniert?

3.1 Falls sie kombiniert wird: Mit welchen anderen Therapieansätzen wird sie häufig verknüpft?

3.2 Gibt es Evidenz zur Wirksamkeit dieser kombinierten Ansätze?

Bitte geben Sie hier Ihre Antwort ein.

4. Bei welchen Erkrankungen des zentralen Nervensystems (einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen) sollte Ihrer fachlichen Ansicht nach die Vojta-Therapie angewendet werden?

4.1 Indikationen bei Säuglingen und Kindern?

4.2 Indikationen bei Erwachsenen?

Bitte geben Sie hier Ihre Antwort ein.

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)?

5.1 Kontraindikationen bei Säuglingen und Kindern?

5.2 Kontraindikationen bei Erwachsenen?

Bitte geben Sie hier Ihre Antwort ein.

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?

6.1 Bitte beschreiben Sie diese Bestandteile näher.

6.2 Gibt es einen Unterschied in der Behandlung von Säuglingen und Kindern und Erwachsenen?

6.3 Welcher Anteil der Therapie wird bei der Behandlung von Physiotherapeutinnen und -therapeuten erbracht und welcher Anteil der Therapie ist von den Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige) durchzuführen?

6.3.1 Bei Säuglingen und Kindern?

6.3.2 Bei Erwachsenen?

Bitte geben Sie hier Ihre Antwort ein.

7. Gibt es Ihrer fachlichen Ansicht nach physiotherapeutische Behandlungsalternativen zur Therapie nach Vojta bei Erkrankungen des zentralen Nervensystems?

7.1 Bei Säuglingen und Kindern?

7.2 Bei Erwachsenen?

Bitte geben Sie hier Ihre Antwort ein.

8. Welche Rolle/Bedeutung haben Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige) Ihrer fachlichen Ansicht nach im Behandlungskonzept der Vojta-Therapie und nach welchen Entscheidungskriterien/Kontraindikationen werden Bezugspersonen aktiv in die Behandlung einbezogen (z. B. selbstständige Durchführung im häuslichen Umfeld)?

8.1 Bei Säuglingen und Kindern?

8.2 Bei Erwachsenen?

Bitte geben Sie hier Ihre Antwort ein.

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?

9.1 Bei Säuglingen und Kindern?

9.2 Bei Erwachsenen?

Bitte geben Sie hier Ihre Antwort ein.

10. Welche Mechanismen oder Protokolle existieren, um mögliche unerwünschte Wirkungen frühzeitig und auch im Langzeitverlauf zu erkennen und zu dokumentieren?

10.1 Bei der Anwendung durch Physiotherapeutinnen und -therapeuten?

10.2 Bei der Anwendung durch Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige)?

10.3 Gibt es hierzu relevante Unterlagen/Dokumente und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

Bitte geben Sie hier Ihre Antwort ein.

Teil II Besondere Fragen zur Vojta-Therapie bei Säuglingen und Kindern

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich ausschließlich auf die Behandlung von Erkrankungen des zentralen Nervensystems (einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen) bei der Durchführung der Vojta-Therapie bei Säuglingen und Kindern.

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)?

Bitte geben Sie hier Ihre Antwort ein.

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?

12.1 Wenn ja, bitte beschreiben Sie diese näher.

12.2 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

Bitte geben Sie hier Ihre Antwort ein.

13. Besteht Ihrer fachlichen Ansicht nach bei der unmittelbaren Anwendung der Vojta-Therapie bei Säuglingen und Kindern ein daraus folgendes Schädigungspotenzial?

13.1 Bei der Anwendung durch Physiotherapeutinnen und -therapeuten?

13.2 Bei der Anwendung durch Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige)?

13.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

Bitte geben Sie hier Ihre Antwort ein.

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)?

14.1 Bei der Anwendung durch Physiotherapeutinnen und -therapeuten?

14.2 Bei der Anwendung durch Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige)?

14.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

Bitte geben Sie hier Ihre Antwort ein.

15. Welche psychischen Belastungen oder direkten Stressreaktionen können Ihrer fachlichen Ansicht nach bei der Durchführung der Vojta-Therapie entstehen?

15.1 Bei Säuglingen und Kindern?

15.2 Bei Bezugspersonen (z. B. Eltern, weiteren Angehörigen)?

15.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

Bitte geben Sie hier Ihre Antwort ein.

16. Hat sich die fachliche Einschätzung hinsichtlich der psychischen Belastbarkeit von Säuglingen und Kindern sowie 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?

Bitte geben Sie hier Ihre Antwort ein.

FRAGEBOGEN
Überprüfung der Heilmittel-Richtlinie hinsichtlich der Regelungen zur Krankengymnastik zur Behandlung von ZNS-Erkrankungen

Gemeinsamer Bundesausschuss

Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) 18.05.2025

Teil I Allgemeine Fragen zur Vojta-Therapie

1. Welche wesentlichen Wirkprinzipien liegen Ihrer fachlichen Ansicht nach der Vojta-Therapie zugrunde?

1.1 Welche der genannten Wirkprinzipien sind für die Behandlung von Erkrankungen des zentralen Nervensystems (einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen) relevant?

1.2 Gibt es hinsichtlich der Wirkprinzipien Unterschiede in der Behandlung von Säuglingen und Kindern und Erwachsenen?

1.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

Zu 1.1)

Der Wirkmechanismus oder die neurobiologische Grundlage, die den beobachteten Effekten der Vojta-Therapie zugrunde liegen, ist nicht bekannt. Der tschechische Neurologe Vàclav Vojta beobachtete in den 1960-er Jahren, dass eine Stimulation durch prolongierten peripheren Druck eine stereotypische motorische Antwort im Sinne eines asymmetrischen Musters tonischer Muskelkontraktionen der Nacken-, Rumpf- und Extremitätenmuskulatur beidseits als Ausdruck einer räumlichen Summation hervorruft (Vojta, 1970). Vojta nahm an, dass womöglich ein altes phylogenetisches „Lokomotionszentrum“ existiert, welches einzelne Bewegungsantworten koordiniert und welches im oberen Hirnstamm lokalisiert ist (Vojta, 1968).

Hok und Kollegen konnten in einer randomisierten kontrollierten Studie mittels funktioneller Magnetresonanztomographie (fMRT) bei 30 gesunden Freiwilligen eine Modulation im Hirnstamm nach peripherer Druck-Stimulation nachweisen und vermuteten, dass Vojta-Therapie in ihrer Nachwirkung eine Modulation der pontomedullären Formatio reticularis hervorruft (Hok et al., 2017). Die pontomedulläre Formatio reticularis spielt mutmaßlich eine Schlüsselrolle in der Physiotherapie durch Reflexlokomotion (Hok et al., 2017).

Die Formatio reticularis reicht von der Medulla oblongata bis zum Diencephalon und bildet ein dichtes Geflecht aus Interneuronen und Axonen, wodurch ein diffuses neuronales Netzwerk entsteht, das aus den meisten Strukturen des zentralen Nervensystems Zuflüsse erhält. So erhält die Formatio reticularis neben zahlreichen anderen Zuflüssen spinale Afferenzen aus den Oberflächen- und Muskelrezeptoren (u.a. Tractus spino-reticularis) und kortikale Afferenzen aus Kortexfeldern, die an der Steuerung der Motorik beteiligt sind (z.B. Tractus cortico-reticularis) und cerebellären Afferenzen (Tractus cerebello-reticularis). Ziel der efferenten, langen und absteigenden reticulo-spinalen Bahnen sind spinale Alpha- und Gamma- Motoneurone, über welche sich die Formatio reticularis an der Aufrechterhaltung des Muskeltonus beteiligt und somit maßgeblich Haltung und Bewegung beeinflusst (Trepel, 1999).

Es wird vermutet, dass die pontomedulläre Formatio reticularis an der Bewegungskontrolle beteiligt ist, da sie bereits vor Initiierung einer Fortbewegung in die Haltungskontrolle involviert ist, welche durch die Integration absteigender kortikaler Einflüsse und aufsteigender spino-retikulärer Eingänge erfolgt (Takakusaki et al., 2016). Um eine posturale Kontrolle zu erreichen benötigt das Individuum Pläne und Programme (angeborene Muster), die aufgabenspezifisch und automatisch Anpassungen der Bewegung und Regulierungen der Körperhaltung zusammenfügen (Massion, 1992). Bei Wirbeltieren beruhen diese zentralen Lokomotionsprogramme auf genetisch determinierten spinalen Schaltkreisen, dem sogenannten zentralen Bewegungsmustergenerator (engl. central pattern generator [CPG]), einer bestimmten Gruppe spinaler interneuronaler Netzwerke (Rossignol et al., 2006). Der CPG ist im Hirnstamm und im Rückenmark lokalisiert. Die Körperhaltung und der Gang bzw. die Gangart basieren auf automatischen spinalen motorischen Programmen, die durch eine supraspinale Kontrolle initiiert und reguliert werden (Jahn et al., 2008). Propriozeptive Hautafferenzen haben im Sinne eines Feedback-Mechanismus einen starken Einfluss auf den CPG, um die Bewegungsmuster dynamisch anpassen zu können (Rossignol et al., 2006; Takakusaki, 2013). Das meiste Wissen bezüglich des hierarchischen Aufbaus der Netzwerke supraspinaler Lokomotionszentren wurde aus Tierexperimenten abgeleitet, die wiederum überwiegend an dezerebrierten Katzen durchgeführt wurden (Jahn et al., 2008). Es wird vermutet, dass die menschliche Lokomotion unter deutlich stärkerer supraspinaler Kontrolle steht, als die tierische Lokomotion (Takakusaki, 2013). Ein wesentlicher Unterschied besteht im bipedalen Gang des Menschen, wobei weitestgehend unbekannt ist, ob die Organisation supraspinaler Lokomotionskontrolle während des Übergangs vom vierfüßigen zum zweifüßigen Gang erhalten blieb (Jahn et al., 2008).

In funktionellen MRT-Studien (fMRT) konnten mesencephale, subthalamische und cerebelläre Lokomotionsregionen beim Menschen als die wichtigsten subkorticalen Strukturen für die Haltungs- und Bewegungskontrolle bei Menschen visualisiert werden (Jahn et al., 2008). Schwierigkeiten bei der Abklärung von Bewegungsplanungen und Abläufen im fMRT stellen die technischen Probleme dar, da die Probanden nicht wirklich Gehen können und auch Bewegungen der unteren Extremität im MRT oft mit deutlichen Bewegungsartefakten assoziiert sind. Jahn und Kollegen griffen daher auf eine „mental imagery" Technik zurück, bei der sich die Probanden die Bewegungen (Stehen, Gehen, Laufen) lediglich gedanklich vorstellten und gingen von der Hypothese aus, dass bei einer sich vorgestellten Bewegung die gleichen neuronalen Prozesse aktiviert werden, wie bei einer tatsächlich ausgeführten Bewegung (Porro et al., 1996).

Es wird postuliert, dass im Mittelhirn ein Lokomotionszentrum existiert, dem eine Schlüsselrolle in der menschlichen Fortbewegung und Kontrolle des haltungsbedingten Muskeltonus zugeschrieben wird (Takakusaki et al., 2016). Hok und Kollegen konnten jedoch nach Vojta-Therapie keine spezifischen Veränderungen im Bereich des Mittelhirns beobachten, wohl aber in der pontomedullären Formatio reticularis, was direkt mit den Effekten der therapeutischen Stimulation nach der Vojta-Behandlung in Verbindung gebracht werden konnte (Hok et al., 2017). Der mögliche positive Effekt der Vojta-Therapie auf das Lokomotionszentrum könnte eine Erklärung für die Verbesserung der posturalen Kontrolle und der motorischen Funktionsverbesserung durch Vojta-Therapie sein.

Literatur :

Vojta, V., Das Reflexkriechen und seine Bedeutung für die krankengymnastische Frühbehandlung [Reflex creeping as an early rehabilitation programme]. Z Kinderheilkd, 1968. 104(4): p. 319-30.

Vojta, V., Reflex-Umdrehen als Bahnungssystem der menschlichen Fortbewegung [Reflex rotation as a pathway to human locomotion]. Z Orthop Ihre Grenzgeb, 1970. 108(3): p. 446-52.

Hok, P., et al., Modulation of the sensorimotor system by sustained manual pressure stimulation. Neuroscience, 2017. 348: p. 11-22.

Trepel, M., ed. Neuroanatomie: Struktur und Funktion. 2. komplett überarbeitete Auflage. ed. 1999, Urban & Fischer München Stuttgart Jena.

Takakusaki, K., et al., Brainstem control of locomotion and muscle tone with special reference to the role of the mesopontine tegmentum and medullary reticulospinal systems. J Neural Transm (Vienna), 2016. 123(7): p. 695-729.

Massion, J., Movement, posture and equilibrium: interaction and coordination. Prog Neurobiol, 1992. 38(1): p. 35-56.

Rossignol, S., R. Dubuc, and J.P. Gossard, Dynamic sensorimotor interactions in locomotion. Physiol Rev, 2006. 86(1): p. 89-154.

Jahn, K., et al., Imaging human supraspinal locomotor centers in brainstem and cerebellum. Neuroimage, 2008. 39(2): p. 786-92.

Takakusaki, K., Neurophysiology of gait: from the spinal cord to the frontal lobe. Mov Disord, 2013. 28(11): p. 1483-91.

Porro, C.A., et al., Primary motor and sensory cortex activation during motor performance and motor imagery: a functional magnetic resonance imaging study. J Neurosci, 1996. 16(23): p. 7688-98.

Zu 1.2)

Da die exakte Wirkweise der Therapie nicht bekannt ist, sind Unterschiede in der Behandlung von Kindern oder Säuglingen zu Erwachsenen nicht zu benennen. Nach theoretischen Überlegungen könnte jedoch die Hirnplastizität einen Einfluss auf die Wirkweise in den unterschiedlichen Altersklassen haben.

Während der Entwicklung ist das Gehirn höchst plastisch, da neue Verknüpfungen im Überschuss ausgebildet und durch nutzungsabhängige Prozesse wieder beseitigt werden (Murphy und Corbett, 2009). Es wurden Parallelen zwischen der motorischen Erholung nach einem Schlaganfall und der Aneignung erlernter Bewegungsmuster bei Kindern beobachtet (Cramer und Chopp, 2000; Hadders-Algra, 2018; Hedberg et al., 2004), sodass die kortikale Reorganisation nach einer durch einen Schlaganfall bedingten Hirnverletzung mit derjenigen, die während der physiologischen Entwicklung stattfindet, verglichen werden kann (Murphy und Corbett, 2009). Es ist ausserdem bekannt, dass der cerebrale Kortex in der Lage ist, seine neuronalen Netzwerke zu reorganisieren, wobei allerdings unklar ist, wie diese Neuzuordnung der verlorenen Funktionen initiiert wird (Pekna M et al., 2012). Wenn der normale Zugang zu einer bestimmten Hirnregion des primären somatosensorischen Kortex durch eine Verletzung gestört ist, resultiert kurzfristig eine schnelle strukturelle und funktionelle Reorganisation in diesem Areal, die durch sensorische Stimulationen umgebender intakter Körperregionen aktiviert wird (Pekna M et al., 2012). Womöglich stellt die Vojta-Therapie einen solchen aktivierenden Stimulus dar.

Literatur:

Murphy, T.H. and D. Corbett, Plasticity during stroke recovery: from synapse to behaviour. Nat Rev Neurosci, 2009. 10(12): p. 861-72.

Cramer, S.C. and M. Chopp, Recovery recapitulates ontogeny. Trends Neurosci, 2000. 23(6): p. 265-71.

Hadders-Algra, M., Early human motor development: From variation to the ability to vary and adapt. Neurosci Biobehav Rev, 2018. 90: p. 411-427.

Hedberg, A., H. Forssberg, and M. Hadders-Algra, Postural adjustments due to external perturbations during sitting in 1-month-old infants: evidence for the innate origin of direction specificity. Exp Brain Res, 2004. 157(1): p. 10-7.

Pekna M, Pekny M, and Nilsson M, Modulation of neural plasticity as a basis for stroke rehabilitation. Stroke, 2012. 43(10): p. 2819-28.

Zu 1.3)

Die Evidenz zu den der Vojta Therapie möglicherweise zugrunde liegenden Wirkmechanismen wurde bereits in den Fragen 1.1 und 1.2 berichtet. Auf die uns bekannte klinische Evidenz der Vojta Therapie gehen wir im Folgenden ein:

Die Reflexlokomotion nach Vojta ist als hilfreiches therapeutisches Verfahren zur Förderung der physiologischen Haltungskontrolle und der direkten Aktivierung der Atemmuskulatur bei Kindern mit spastischer Zerebralparese anerkannt und etabliert (Giannantonio et al., 2010; Ha und Sung, 2018; Jung et al., 2017; Lim und Kim, 2013; Novak I, 2013). Eine aktivierende Wirkung auf die Rumpfmuskulatur und die tiefen Muskeln der Rückenmuskulatur durch Vojta-Therapie mit Besserung der Haltungskontrolle durch einen regulierenden Effekt der Rumpfstabilität und der Rumpfbeweglichkeit wurde beschrieben (Ha und Sung, 2016). Der Effekt der Vojta Therapie auf die Entwicklung der Grobmotorik bei Kindern und Säuglingen mit neuromotorischen Störungen wird aktuell in einer randomisierten klinischen Studie untersucht (Menéndez-Pardiñas, M.et al, 2023). Zunächst wurde Vojta-Therapie überwiegend bei Neugeborenen, Säuglingen und Kindern mit zentralen Koordinationsstörungen oder spastischen Bewegungsstörungen eingesetzt. Heutzutage ist Vojta-Therapie auch in der Behandlung erwachsener Patienten weit verbreitet, wobei es bezüglich neurologischer Erkrankungen Evidenz für Patienten mit Multipler Sklerose (Laufens et al., 1999; Carratalá-Tejada M. et al, 2022) und für Patienten mit Querschnittslähmung (Kellner und Meiners, 2014; von Reumont, 2012) (jeweils mit Nachweis eines positiven Effektes durch Vojta-Therapie) gibt. Bei Patienten mit Multipler Sklerose konnten mit Vojta-Therapie deutlich bessere Ergebnisse bei der Verbesserung des Gleichgewichts erzielt werden, verglichen mit anderen Techniken wie Gleichgewichts-, Core- oder Rumpfkontrollübungen (Carratalá-Tejada M. et al 2022; Sánchez-González JL et a., 2024). Bei Schlaganfall-Patienten zeigte eine randomisierte und kontrollierte Pilotstudie eine Besserung der posturalen Kontrolle und motorischen Armfunktion in der frühen Rehabilitation akuter Schlaganfall Patienten durch Vojta Therapie (Epple C et al, 2020). In einem aktuellen Review mit Metaanalyse wurde die gegenwärtig verfügbare Evidenz zur Vojta Therapie bei einer großen Bandbreite von Erkrankungen sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern analysiert (Sánchez-González JL et al., 2024). Es wurden 55 Studien in die qualitative Analyse und 18 in die Metaanalyse einbezogen. Trotz der qualitativ teils eingeschränkten Evidenz zeigte sich in der Analyse ein potentieller Nutzen der Vojta-Therapie bei der Behandlung von Atemwegserkrankungen, neurologischen und orthopädischen Erkrankungen. Die systematische Übersichtsarbeit und Metaanalyse zeigte, dass die Vojta-Therapie ein wirksames Instrument zur Behandlung von Gleichgewichtsstörungen und Haltungskontrolle bei neurologischen Erkrankungen bei Erwachsenen sein kann.

Literatur:

Giannantonio, C., et al., Chest physiotherapy in preterm infants with lung diseases. Ital J Pediatr, 2010. 36: p. 65.

Ha, S.Y. and Y.H. Sung, Effects of Vojta approach on diaphragm movement in children with spastic cerebral palsy. J Exerc Rehabil, 2018. 14(6): p. 1005-1009.

Jung, M.W., et al., Vojta therapy and neurodevelopmental treatment in children with infantile postural asymmetry: a randomised controlled trial. J Phys Ther Sci, 2017. 29(2): p. 301-306.

Lim, H. and T. Kim, Effects of vojta therapy on gait of children with spastic diplegia. J Phys Ther Sci, 2013. 25(12): p. 1605-8.

Novak, I, Mcintyre, S, Morgan, C, Campbell, L, Dark, L, Morton, N, et al. A systematic review of interventions for children with cerebral palsy: state of the evidence. Develop Med Child Neuro. (2013) 55:885–910.

Ha, S.Y. and Y.H. Sung, Effects of Vojta method on trunk stability in healthy individuals. J Exerc Rehabil, 2016. 12(6): p. 542-547.

Menéndez-Pardiñas, M.; Alonso-Bidegaín, M.; Santonja-Medina, F.; Sánchez-González, J.L.; Sanz-Mengibar, J.M. Effects of Vojta Therapy on the Motor Function of Children with Neuromotor Disorders: Study Protocol for a Randomized Controlled Trial. J. Clin. Med. 2023, 12, 7373.

Laufens, G., et al., Laufband- und Vojta-Physiotherapie an ausgewählten MS-Patienten - Ein Vergleich der Soforteffekte. Phys Rehab Kur Med, 1999. 9: p. 187-189.

Carratalá-Tejada, M.; Cuesta-Gómez, A.; Ortiz-Gutiérrez,R.; Molina-Rueda, F.; Luna-Oliva, L.;Miangolarra-Page, J.C. ReflexLocomotion Therapy for Balance, Gait, and Fatigue Rehabilitation in Subjects with Multiple Sclerosis. J. Clin. Med. 2022, 11, 567.

Kellner, L. and T. Meiners, Soforteffekt in der Veränderung der Gehfähigkeit bei Patienten mit Querschnittlähmung nach der Vojta Therapie, ermittelt durch evidenzbasierte Gehtests. 27. Jahrestagung der Deutschsprachigen Medizinischen Gesellschaft für Paraplegie e. V. DMGP. 1.-4.Juni 2014, Kloster Banz/Bad Staffelstein (DE), 2014. Abstract V 33: p. http://www.dmgp- kongress.de/fileadmin/congress/media/dmgp/impressionen/DMGP2014_Abstractband.pdf.

von Reumont, A., Kombination von Laufbandtherapie und Physiotherapie nach Vojta bei akuter inkompletter Querschnittlähmung. Abstract beim Bundeskongress Physiotherapie September 2012 in Leipzig 2012., 2012 www.physio-deutschland.de/fileadmin/data/bund/events/BuKo2012/Abstracts/BuKo2012_Abstract_von_Reumont .pdf.

Sánchez-González JL, Sanz-Esteban I, Menéndez-Pardiñas M, Navarro-López V and Sanz-Mengíbar JM. Critical review of the evidence for Vojta Therapy: a systematic review and meta-analysis. Front. Neurol.2024. 15:1391448.

Epple, C, Maurer-Burkhard, B, Lichti, M-C, and Steiner, T. Vojta therapy improves postural control in very early stroke rehabilitation: a randomised controlled pilot trial. Neurol Res Pract. 2020; 2:23.

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?

2.1 Entspricht die Behandlung nach dem Vojta-Konzept dem heutigen allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse?

2.2 Gibt es zu dem derzeit praktizierten Vojta-Konzept aktuelle relevante Unterlagen und Dokumente (z. B. Curricula, Anleitungen für Bezugspersonen, Aufklärungen etc.) und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

Zu 2.1)

Wie bereits oben erläutert ist der exakte pathophysiologische Wirkmechanismus der beobachteten Effekte der Vojta-Therapie noch nicht bekannt. Ob die Vojta-Therapie daher dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht, kann zum aktuellen Zeitpunkt daher nicht wissenschaftlich belegt werden. Es gibt wie oben erwähnt jedoch Hinweise auf die Wirkweise und zusätzlich klinische randomisierte Studien, die einen positiven Effekt der Vojta-Therapie anzeigen (siehe unten). Die Behandlung nach Vojta ist ein etabliertes physiotherapeutisches Verfahren, dass vielfach auch in der Therapie neurologischer Erkrankungen bei Erwachsenen eingesetzt wird (Multiple Sklerose, Querschnittslähmungen, Schlaganfallrehabilitation, Parkinson Erkrankung, Schluckstörungen, u.v.m.). Uns sind keine wissenschaftlich begründeten Hinweise bekannt, die dafür sprechen würden, dass der Einsatz der Vojta-Therapie dem aktuellen klinischen Stand widersprechen würde.

In der neurologischen Rehabilitation kommen verschiedene physiotherapeutische Verfahren zur Anwendung. Es existiert keine klare Evidenz dazu, welche Therapie beispielsweise bei Schlaganfallpatienten „am besten“ geeignet ist. Studien zum objektiven Nachweis der Effizienz einer speziellen Behandlungsmethode bei Schlaganfallpatienten – wie auch bei anderen physiotherapeutischen Behandlungsindikationen – sind generell methodisch schwierig.

Bei der Vojta-Therapie werden nach wie vor die von Vaclav Vojta empirisch ermittelten sogenannten Zonen aktiviert um angeborene Bewegungsmuster zu aktivieren. Hierbei übt der Therapeut an definierten Zonen Druck aus und appliziert damit einen afferenten Impuls. Insgesamt wurden bisher 10 Zonen beschrieben, die empirisch ermittelt wurden und sich über den Rumpf und die Extremitäten verteilen. Die Zonen werden im therapeutischen Prozess nach Bedarf kombiniert.

Zur Auslösung eines angeborenen Bewegungsmusters bedarf es einer spezifischen Ausgangslage des Patienten (Bauch-, Rücken- oder Seitenlage, Hocke) mit definierten Winkeleinstellungen der Extremitäten. Die Reize führen dann bei Menschen jeglichen Alters (auch schon bei Neugeborenen) je nach Ausgangslage zu einem der folgenden beiden Bewegungsimpulse: dem Reflexumdrehen aus der Rückenlage über die Seitenlage bis zum Krabbelgang und dem Reflexkriechen, einem globalem Bewegungsmuster in der Bauchlage. Hierbei bedarf es keiner willentlichen Mitarbeit des Patienten. Ausweichbewegungen oder die Realisierung des aktivierten Bewegungsmusters werden durch den Therapeuten so gesteuert, dass bei längerer Stimulation eine räumliche und zeitliche Summation des Bewegungsimpulses entsteht, eine sogenannte Bahnung. Nach Vojtas Vorstellung kommt es zu einer verstärkten

„afferenten Ansprache“ der dem Bewegungsablauf zugrunde liegenden zentralnervösen Strukturen. Hierdurch sollen elementare Bewegungsmuster auch bei Menschen mit geschädigtem zentralem Nervensystem und Bewegungsapparat zumindest in Teilbereichen wieder zugänglich gemacht werden. Bei Neugeborenen können die Bewegungsimpulse durch Aktivierung einer Zone ausgelöst werden, bei Erwachsenen bedarf es meist einer Kombination mehrerer Zonen. Das Steuern und Bremsen der Bewegungen des Kopfes während der Therapie dient ebenfalls der Bahnung.

An dieser Grundlage der Therapie hat sich unseres Wissens seit der Entwicklung keine Änderung ergeben. In der Anwendung wird die Therapie jedoch an das individuelle Therapieziel angepasst. Die Therapie wurde initial für Kinder mit spastischer Cerebralparese entwickelt. Die Ausgangslagen der Therapie wurden im Verlauf an die „neuen“ Krankheitsbilder angepasst. So werden akute Schlaganfallpatienten zumeist nicht in Bauchlage behandelt, auch die Ausgangslage in der Hocke kommt bei schwer betroffenen Patienten z.B. auf der Intensivstation nicht zur Anwendung. Auch die Behandlungsintervalle (Dauer der Therapie beispielsweise bei Patienten mit Parkinson Erkrankung oder anderen degenerativen Erkrankungen) wurde im Laufe der Jahre seit Entwicklung der Therapie verändert. Bei der Multiplen Sklerose werden überwiegend die peripheren Zonen (z.B. Ferse) aktiviert.

Zu 2.2.)

Eine zertifizierte Ausbildung zum Vojta Therapeuten wird nach weltweit gleichem Standard durch die Internationale Vojta Gesellschaft(IVG) angeboten. Bezüglich des genauen Curriculums der Ausbildung verweisen wir auf die IVG. (https://www.vojta.com/de/)

3. Wird die Vojta-Therapie heute noch als eigenständige Therapieform angewandt, oder wird sie in der Praxis zunehmend mit anderen Konzepten kombiniert?

3.1 Falls sie kombiniert wird: Mit welchen anderen Therapieansätzen wird sie häufig verknüpft?

3.2 Gibt es Evidenz zur Wirksamkeit dieser kombinierten Ansätze?

Zu 3.1)

Unserer Erfahrung nach wird die Vojta-Therapie bei Erwachsen sowohl als eigenständige Therapie angewandt, als auch mit anderen Therapieansätzen verknüpft. Die Vojta-Therapie wird als Basistherapie angewandt unter der Vorstellung das zentrale Nervensystem für nachfolgende funktionelle Therapieeinheiten (wie zum Beispiel Selbstständigkeitstraining, Mobilisation, Gangschule, Ergotherapie) zu aktivieren. Nach unseren Beobachtungen im klinischen Alltag bei Schlaganfall-Patienten erscheint eine Kombination der Vojta-Therapie mit anderen Therapieansätzen sinnvoll.

Zu 3.2)

Uns sind keine Studien bekannt, welche die Wirksamkeit einer Kombination von Vojta Therapie mit anderen physiotherapeutischen Verfahren untersucht haben. Wir weisen darauf hin, dass das gegenwärtige evidenz-basierte Wissen über Rehabilitation und Erholung nach einem Schlaganfall nach wie vor unzureichend ist, wenn auch Veröffentlichungen zur Schlaganfallrehabilitation in den letzten 20 Jahren exponentiell gewachsen sind (Donnan, 2023 und Walker et al., 2013). Es ist nicht bekannt, welche spezifische Therapie oder Kombination verschiedener Therapien zu einer Funktionsverbesserung führt (Bernhardt und Cramer, 2013). Für die Überlegenheit eines Therapieverfahrens gegenüber einem anderen gibt es keine Evidenz (Stroke Unit Trialists, 2013).

Vor der Einführung spezieller Therapiemethoden wurden Schlaganfall-Patienten mit orthopädischen und kompensatorisch orientierten Therapieansätzen behandelt. Zu diesen gehörten Dehnen, Stützen und Kräftigen der betroffenen Seite, sowie ein vermehrter kompensatorischer Einsatz der gesunden Seite. Ziel war ein schnelles Erreichen von Selbstständigkeit (Lennon S, 1996). Gegenwärtig wird bei Schlaganfall-Patienten weltweit, aber vor allem in Europa, überwiegend das Bobath-Konzept eingesetzt (Lennon S et al., 2001). Das Bobath-Konzept basiert auf neurophysiologischen und entwicklungsneurologischen Grundlagen und orientiert sich an den Ressourcen des Patienten. Moderne Rehabilitationskonzepte nach einem Schlaganfall verfolgen einen ganzheitlichen Therapieansatz. Sie beschränken sich nicht auf einzelne Techniken. Eine Kombination verschiedener Verfahren wird empfohlen und ist üblich. Hierzu gehört in vielen Kliniken auch die Vojta Therapie.

Literatur:

Donnan, G. A. (2013). Rehabilitation: the sleeping giant of stroke medicine. Int J Stroke 8, 1, doi: 10.1111/ijs.12027.

Walker, M. F., Fisher, R. J., Korner-Bitensky, N., McCluskey, A. und Carey, L. M. (2013). From what we know to what we do: translating stroke rehabilitation research into practice. Int J Stroke 8, 11-17, doi: doi: 10.1111/j.1747-4949.2012.00974.x.

Bernhardt, J. und Cramer, S. C. (2013). Giant steps for the science of stroke rehabilitation. Int J Stroke 8, 1-2, doi: 10.1111/ijs.12028.

Stroke Unit Trialists Collaboration (2013). Organised inpatient (stroke unit) care for stroke. Cochrane Database Syst Rev, CD000197, doi: 10.1002/14651858.CD000197.pub3.

4. Bei welchen Erkrankungen des zentralen Nervensystems (einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen) sollte Ihrer fachlichen Ansicht nach die Vojta-Therapie angewendet werden?

4.1 Indikationen bei Säuglingen und Kindern?

4.2 Indikationen bei Erwachsenen?

Zu 4.1)

Die Vojta-Therapie wurde für Kinder und Jugendliche mit spastischer Zerebralparese entwickelt und wird hier vielseitig eingesetzt. Bezüglich der Evidenz verweisen wir auf Frage 1.3. Die Indikation zur Therapie stellt der behandelnde Arzt, sodass wir auf die neuropädiatrische und pädiatrische Expertise verweisen.

Zu 4.2)

Bezüglich der Evidenz verweisen wir auf Frage 1.3. Die Indikationen der Vojta-Therapie bei Erwachsenen sind alle Erkrankungen des zentralen Nervensystems. Dies betrifft entzündliche ZNS-Erkrankungen, wie die Multiple Sklerose, degenerative Erkrankungen, wie das Parkinson-Syndrom und vaskuläre Erkrankungen, wie ischämische oder hämorrhagische Schlaganfälle oder traumatische Hirnverletzungen. Aufgrund des sehr guten Effektes der Therapie auf die posturale Steuerung profitieren neurologische Patienten mit sehr unterschiedlicher Ausprägung und Lokalisation der Behinderung von der Therapie. Auch Dysphagien zeigten im klinischen Alltag positive Effekte. Auch bei Erwachsenen erfolgt die Indikationsstellung, wie auch bei anderen physiotherapeutischen Behandlungsverfahren, immer in Absprache mit dem behandelnden Arzt und in Abhängigkeit der Belastbarkeit der Patienten.

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)?

5.1 Kontraindikationen bei Säuglingen und Kindern?

5.2 Kontraindikationen bei Erwachsenen?

Zu 5.1)

Hierzu können wir mangels Expertise in der Behandlung von Säuglingen und Kindern keine Stellungnahme abgeben und verweisen auf die neuropädiatrischen und pädiatrischen Kollegen.

Zu 5.2)

Unserer fachlichen Ansicht nach gibt es keine Kontraindikationen bei der Anwendung der Vojta-Therapie bei Erkrankungen des zentralen Nervensystems. Mangels klinischer Erfahrung und fehlender klinischer Daten wird der Einsatz der Vojta Therapie bei schwangeren Frauen von der Internationalen Vojta Gesellschaft nicht empfohlen, weshalb auch in der klinischen Anwendung bei neurologischen Patientinnen Schwangere von der Therapie ausgeschlossen sind. Eine klinische Rationale hierfür ist uns nicht bekannt. Die Vojta Therapie wird auch auf Intensivstationen bei schwer neurologisch erkrankten Patienten angewandt. Hierbei wurden unserer fachlichen Ansicht nach keine negativen Effekte beobachtet. Klinische Daten finden sich hierzu nur wenige. Die bereits erwähnte RCT zur Vojta-Therapie bei akuten Schlaganfallpatienten (Epple C et al, 2020) untersuchte als sekundäre Endpunkte auch die Sicherheit der Therapie. Es fanden sich keine Unterschiede bezüglich unerwünschter Ereignisse zwischen den Behandlungsgruppen (u.a. Pneumonien, Harnwegsinfekt, Post-Stroke-Depression, Pharyngitis u.a.). Bei keinem der unerwünschten Ereignisse fand sich ein Zusammenhang mit der angewandten physiotherapeutischen Methode.

Literatur:

Epple, C, Maurer-Burkhard, B, Lichti, M-C, and Steiner, T. Vojta therapy improves postural control in very early stroke rehabilitation: a randomised controlled pilot trial. Neurol Res Pract. 2020 2:23. doi: 10.1186/s42466-020-00070-4

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?

6.1 Bitte beschreiben Sie diese Bestandteile näher.

6.2 Gibt es einen Unterschied in der Behandlung von Säuglingen und Kindern und Erwachsenen?

6.3 Welcher Anteil der Therapie wird bei der Behandlung von Physiotherapeutinnen und -therapeuten erbracht und welcher Anteil der Therapie ist von den Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige) durchzuführen?

6.3.1 Bei Säuglingen und Kindern?

6.3.2 Bei Erwachsenen?

Zu 6.1)

In der Vojta-Therapie sind die Zonen über welche die afferenten Reize gesetzt werden klar definiert. Zudem findet die Therapie in klar definierten Ausgangspositionen (Bauchlage, Seitlage, Rückenlage, Hocke) statt mit definierten Winkeleinstellungen der Extremitäten. Bei der Therapie bedarf es keiner willentlichen Mitarbeit des Patienten. Welche Position als Ausgangslage gewählt wird und über welche Zonen der Therapeut die Bewegungsmuster stimuliert, obliegt dem ausgebildeten und zertifizierten Vojta-Therapeuten und variiert je nach Belastbarkeit des Patienten und dem zu Grunde liegendem Krankheitsbild. So kann beispielsweise ein Patient mit Multipler Sklerose in die Hocke mobilisiert werden, ein Patient auf der Intensivstation mit Hemikraniektomie bei malignem Mediainfarkt wird dagegen zunächst in Rückenlage behandelt.

Die Frage welche konkreten Elemente der Behandlung oder Behandlungstechniken bei ZNS-Erkrankungen unbedingt erforderlich sind entzieht sich unserer Kenntnis. Wir verweisen hier auf die Internationale Vojta-Gesellschaft oder physiotherapeutische Fach-Verbände.

Zu 6.2)

Unserer Kenntnis nach werden bei der Behandlung von Kindern- und Jugendlichen erwachsene Bezugspersonen, wie beispielsweise die Eltern der Patienten regelmässig in die Therapie einbezogen und durch die Vojta-Therapeuten angeleitet.

Zu 6.3)

Zu 6.3.1) Hierzu können wir mangels Expertise in der Behandlung von Säuglingen und Kindern keine Stellungnahme abgeben und verweisen auf die neuropädiatrischen und pädiatrischen Kollegen.

Zu 6.3.2) Die Einbindung von Bezugspersonen in der Vojta-Therapie bei erwachsenen neurologischen Patienten ist uns aus der klinischen Erfahrung in Deutschland nicht geläufig. In den neurologischen Akutkliniken und Rehabilitationskliniken, sowie in physiotherapeutischen Praxen wird die Vojta-Therapie unserer Einschätzung nach überwiegend von Vojta-Therapeuten selbst durchgeführt. Es gilt jedoch zu bedenken, dass insbesondere im Ausland nicht allen neurologischen Patienten eine stationäre Rehabilitation zuteil werden kann und stationäre Rehabilitationskliniken in einigen europäischen Ländern nicht existieren (Bernhardt et al., 2017). Auch die Infrastruktur ambulanter Physiotherapie ist in einigen europäischen Ländern oft deutlich schlechter ausgebildet und mit weiten Wegen verbunden. Im Austausch mit Kollegen aus dem europäischen Ausland (zum Beispiel aus Polen oder Tschechien) war zu erfahren, dass teilweise Angehörige in der Vojta-Methode geschult werden, damit nach Entlassung aus der Akutbehandlung die Therapie zu Hause fortgeführt werden kann und hierzu positive Erfahrung berichtet werden.

Literatur:

Bernhardt, J., Godecke, E., Johnson, L. und Langhorne, P. Early rehabilitation after stroke. Curr Opin Neurol. 2017; 30, 48-54.

7. Gibt es Ihrer fachlichen Ansicht nach physiotherapeutische Behandlungsalternativen zur Therapie nach Vojta bei Erkrankungen des zentralen Nervensystems?

7.1 Bei Säuglingen und Kindern?

7.2 Bei Erwachsenen?

Zu 7.1)

Hierzu können wir mangels Expertise in der Behandlung von Säuglingen und Kindern keine Stellungnahme abgeben und verweisen auf die neuropädiatrischen und pädiatrischen Kollegen

Zu 7.2.)
Unser fachlichen Ansicht nach gibt es keine vergleichbare physiotherapeutische Behandlungsalternative zur Vojta-Therapie bei Erkrankungen des zentralen Nervensystems. Dies liegt insbesondere an dem ganz anders gelagerten therapeutischen Ansatz der Vojta-Therapie im Vergleich zu anderen Therapien.

Wir fokussieren uns im Folgenden auf den Schlaganfall als Beispiel einer ZNS-Erkrankung. Zweifelsohne können viele physiotherapeutische Behandlung die zentralnervösen Reorganisationsprozesse nach einem zerebrovaskulären Insult wirksam fördern. Die moderne Rehabilitation nach einem Schlaganfall geht von einem ganzheitlichen Therapieansatz aus und beschränkt sich meist nicht auf einzelne Techniken. Welche Therapieansätze am effektivsten sind, oder wie lange und wie intensiv diese durchgeführt werden sollen, ist noch unklar. In der westlichen Welt ist das Bobath-Konzept das am meisten angewandte Therapieverfahren, obwohl sich in Studien wiederholt keine Überlegenheit (teilweise sogar eine Unterlegenheit, bezüglich der motorischen Funktionsverbesserung) im Vergleich zu anderen physiotherapeutischen Verfahren, wie beispielsweise der CIMT (Constraint Induced Movement Therapy), zeigte (Kollen BJ et al., 2009). Viele der Therapieverfahren auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath und propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation) beruhen auf dem Prinzip der Repetition (Lernen durch Wiederholung). Modernere Therapieverfahren nutzen eine funktionelle Verbesserung durch kompensatorische Bewegungsstrategien, bei denen die Patienten lernen, mit ihren Defiziten umzugehen (Epple C et al., 2015). Die Vojta-Therapie beschreitet einen anderen Weg, nämlich den der Reflexlokomotion. In der Vojta-Therapie bei Schlaganfallpatienten richtet sich das therapeutische Bemühen nicht auf das (Wieder-) Einüben verlorener motorischer Funktionen. Es zielt vielmehr darauf ab, den durch das Schlaganfallereignis gestörten Zugang zu globalen (angeborenen) Bewegungsmustern herzustellen und zu konsolidieren. Die Therapie lässt sich jedoch sehr gut mit andern Therapieverfahren kombinieren.

Literatur:
Kollen BJ, Lennon S, Lyons B et al.: The effectiveness of the Bobath concept in stroke rehabilitation: what is the evidence? Stroke 2009;40:e89–97

Epple C, Mauer-Burkhard B, Steiner T: Physiotherapie bei akutem Schlaganfall. DIVI 2015;7:70–77. DOI 10.3238/DIVI.2015.0070–0077

8. Welche Rolle/Bedeutung haben Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige) Ihrer fachlichen Ansicht nach im Behandlungskonzept der Vojta-Therapie und nach welchen Entscheidungskriterien/Kontraindikationen werden Bezugspersonen aktiv in die Behandlung einbezogen (z. B. selbstständige Durchführung im häuslichen Umfeld)?

8.1 Bei Säuglingen und Kindern?

8.2 Bei Erwachsenen?

Zu 8.1)

Hierzu können wir mangels Expertise in der Behandlung von Säuglingen und Kindern keine Stellungnahme abgeben.

Zu 8.2)

Wie bereits in Frage 6.3.2 ausgeführt, ist uns die Einbindung von Bezugspersonen in der Vojta Therapie bei erwachsenen neurologischen Patienten aus der klinischen Erfahrung in Deutschland nicht geläufig. Wir kennen insbesondere die Anwendung der Therapie durch ausgebildete Vojta Therapeuten. Wir verweisen in diesem Zusammenhang auf die Antwort 6.3.2. Zur Rolle bzw. Bedeutung von Bezugspersonen können wir darüber hinaus keine fachlich begründete Stellungnahme abgeben.

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?

9.1 Bei Säuglingen und Kindern?

9.2 Bei Erwachsenen?

Zu 9.1)

Zur Therapie bei Säuglingen und Kleinkindern können wir mangels Erfahrung keine Aussage treffen.

Zu 9.2)

Bei der Behandlung von Erwachsenen kommen (wie in den Antworten 6.3.2 und 8.2 ausgeführt) Bezugspersonen deutlich seltener zum Einsatz. Wenn Bezugspersonen bei der Vojta-Therapie einbezogen werden, dann werden diese von ausgebildeten Vojta-Therapeuten angeleitet und die Therapie erfolgt unter regelmässiger ambulanter Kontrolle und ggf. weiterer anleitung. Inwiefern dies individuell dokumentiert wird, entzieht sich unserer Kenntnis. Unsere klinische Erfahrung fußt hauptsächlich auf Therapien, die durch ausgebildete Vojta-Therapeuten während stationärer Aufenthalte in neurologischen Akutkliniken oder Rehabilitationskliniken ausgeführt werden. Im ambulanten Sektor (wenn die Therapie bei Patienten nach Schlaganfall, bei Multipler Sklerose oder bei Parkinson-Erkrankung verordnet wird) erfolgt die Therapie nach unserer klinischen Erfahrung in der Regel durch ausgebildete Vojta-Therapeuten.

10. Welche Mechanismen oder Protokolle existieren, um mögliche unerwünschte Wirkungen frühzeitig und auch im Langzeitverlauf zu erkennen und zu dokumentieren?

10.1 Bei der Anwendung durch Physiotherapeutinnen und -therapeuten?

10.2 Bei der Anwendung durch Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige)?

10.3 Gibt es hierzu relevante Unterlagen/Dokumente und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

Zu 10.1 und 10.2)

Ob Protokolle oder Mechanismen existieren, um mögliche unerwünschte Wirkungen frühzeitig oder im Langzeitverlauf zu erkennen oder zu dokumentieren ist uns nicht bekannt.

Zu 10.3)

Die einzige uns bekannte randomisierte und kontrollierte Studie zur Vojta-Therapie bei akutem Schlaganfall untersuchte unerwünschte Ereignisse innerhalb der Akutphase und im Langzeitverlauf an Tag 90 nach Schlaganfall, wie in Frage 5.2. ausgeführt (Epple C et al, 2020). Es wurden alle unerwünschten Ereignisse (UE) und schwerwiegenden unerwünschten Ereignisse (SUE) während des stationären Aufenthaltes nach den Standarddefinitionen der Good-Clinical Practice (GCP) Verordnung von 2004 durch die Prüfärzte dokumentiert und statistisch ausgewertet. Nach Entlassung der Patienten wurden SUE soweit bekannt erfasst. Alle SUE wurden hinsichtlich eines möglichen Bezugs zur jeweiligen Intervention geprüft und bewertet. Die Gesamtzahl der UE während des Aufenthaltes in der Akutklinik lag bei 25 (bei 40 Studienteilnehmern). Die Anzahl der betroffenen Patienten war in beiden Gruppen gleich (12 Vojta vs. 13 Kontrolle). UE waren: Pneumonien (durch Aspiration oder kardiale Stauung bei Herzinsuffizienz), Harnwegsinfekte, Endokarditis, Myokardinfarkt, Delir, Hirnödem mit Koma, Hypokaliämie, Post-Stroke-Depression, Pharyngitis, Hyperbilirubinämie und Tod (einer in der Kontrollgruppe). Bei keinem UE wurde ein Zusammenhang mit der erfolgten physiotherapeutischen Behandlung gesehen. In dieser prospektiven Pilot-Studie mit relativ kleiner Fallzahl fand

sich somit kein Hinweis auf ein Schädigungspotential durch die Vojta-Therapie bei Patienten mit akutem Schlaganfall. Die Vojta-Therapie erfolgte in der Studie ausschliesslich durch zertifizierte Therapeuten.

Literatur:
Epple, C, Maurer-Burkhard, B, Lichti, M-C, and Steiner, T. Vojta therapy improves postural control in very early stroke rehabilitation: a randomised controlled pilot trial. Neurol Res Pract. 2020 2:23.

Teil II Besondere Fragen zur Vojta-Therapie bei Säuglingen und Kindern

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich ausschließlich auf die Behandlung von Erkrankungen des zentralen Nervensystems (einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen) bei der Durchführung der Vojta-Therapie bei Säuglingen und Kindern.

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)?

Hierzu können wir mangels Expertise in der Behandlung von Säuglingen und Kindern keine Stellungnahme abgeben.

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?

12.1 Wenn ja, bitte beschreiben Sie diese näher.

12.2 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

Hierzu können wir mangels Expertise in der Behandlung von Säuglingen und Kindern keine Stellungnahme abgeben.

13. Besteht Ihrer fachlichen Ansicht nach bei der unmittelbaren Anwendung der Vojta-Therapie bei Säuglingen und Kindern ein daraus folgendes Schädigungspotenzial?

13.1 Bei der Anwendung durch Physiotherapeutinnen und -therapeuten?

13.2 Bei der Anwendung durch Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige)?

13.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

Hierzu können wir mangels Expertise in der Behandlung von Säuglingen und Kindern keine Stellungnahme abgeben.

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)?

14.1 Bei der Anwendung durch Physiotherapeutinnen und -therapeuten?

14.2 Bei der Anwendung durch Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige)?

14.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

Hierzu können wir mangels Expertise in der Behandlung von Säuglingen und Kindern keine Stellungnahme abgeben.

15. Welche psychischen Belastungen oder direkten Stressreaktionen können Ihrer fachlichen Ansicht nach bei der Durchführung der Vojta-Therapie entstehen?

15.1 Bei Säuglingen und Kindern?

15.2 Bei Bezugspersonen (z. B. Eltern, weiteren Angehörigen)?

15.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

Hierzu können wir mangels Expertise in der Behandlung von Säuglingen und Kindern keine Stellungnahme abgeben.

16. Hat sich die fachliche Einschätzung hinsichtlich der psychischen Belastbarkeit von Säuglingen und Kindern sowie 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?

Hierzu können wir mangels Expertise in der Behandlung von Säuglingen und Kindern keine Stellungnahme abgeben.

FRAGEBOGEN
Überprüfung der Heilmittel-Richtlinie hinsichtlich der Regelungen zur Krankengymnastik zur Behandlung von ZNS-Erkrankungen

Gemeinsamer Bundesausschuss

Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten – IFK e.V. 05.06.2025

Teil I Allgemeine Fragen zur Vojta-Therapie

1. Welche wesentlichen Wirkprinzipien liegen Ihrer fachlichen Ansicht nach der Vojta-Therapie zugrunde?

1.1 Welche der genannten Wirkprinzipien sind für die Behandlung von Erkrankungen des zentralen Nervensystems (einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen) relevant?

1.2 Gibt es hinsichtlich der Wirkprinzipien Unterschiede in der Behandlung von Säuglingen und Kindern und Erwachsenen?

1.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

1.1:
Das Vojta-Konzept und seine Wirkprinzipien kann man wie folgt beschreiben:
Vojta-Konzept: Aus empirischen Beobachtungen entstandenes komplexes Diagnostik- und Behandlungsprinzip. Neurokinesiologische Untersuchungsmethode von Lagereaktionen und Reflexologie, die zur Früherkennung von motorischen Entwicklungsstörungen bei Säuglingen und Kleinkindern angewandt wird. Therapeutische Behandlung durch Reflexumdrehen, 1. Phase und 2. Phase (Ausgangsstellungen: Rückenlage, Seitenlage), Reflexkriechen (Ausgangsstellung: Bauchlage) mit Auslösung definierter Zonen an Extremitäten und Rumpf.
(Quelle: Zalpour C. (2010). Springer Lexikon Physiotherapie. 1. Auflage 2010 Springer-Verlag Berlin Heidelberg, S. 1346)

Reflexlokomotion:
Von Dr. V. Vojta entwickelts Aktivierungssystem, das über bestimmte Körperlagen und Auslösezonen von außen in Gang gesetzt wird und motorische Bestandteile der Bewegungsabläufe wie Greifen, Drehen, Robben, Krabbeln und Gehen enthält. In der Vojta-Therapie gibt es zwei Koordinationskomplexe: 1. Reflexumdrehen 2. Reflexkriechen.
(Quelle: Zalpour C. (2010). Springer Lexikon Physiotherapie. 1. Auflage 2010 Springer-Verlag Berlin Heidelberg, S. 1087)

Reflexkriechen:
Gehört zum Fortbewegungskomplex der Vojta-Therapie und bezeichnet die Ausgangsstellung in Bauchlage, von der mit definierten Reizen die Therapie beginnt. Das Reflexkriechen ist ein Lokomotionskonzept aus der Stammesgeschichte (Phylogenese). Die Extremitäten übernehmen stützende sowie bewegende Funktion, der Rumpf bewegt sich nach vorne.
(Quelle: Zalpour C. (2010). Springer Lexikon Physiotherapie. 1. Auflage 2010 Springer-Verlag Berlin Heidelberg, S. 1087)

Reflexumdrehen:
Gehört zum Fortbewegungskomplex der Vojta-Therapie und bezeichnet die Ausgangsstellung in Rückenlage bzw. Seitlage, von der mit definierten Reizen die Therapie beginnt. Wird in zwei Phasen unterteilt: 1. Phase: Ausgangslage Rückenlage, motorische Reaktion: Rücken richtet sich auf und wird Stützbasis, vertiefte Atmung, Bauchmusekln aktiviert mit Auswirkung auf Blase und Darm. 2. Phase: Ausgangslage Seitenlage; motorische Reaktion: untenliegende Extremitäten haben stützende Funktion, Bewegung des Körpers nach ventral kranial.
(Quelle: Zalpour C. (2010). Springer Lexikon Physiotherapie. 1. Auflage 2010 Springer-Verlag Berlin Heidelberg, S. 1088)

Therapieprinzipien:
Es wird weder willentlich noch mit Aufforderung gearbeitet, sondern über Auslösezonen und Ausgangsstellung auf die im ZNS gespeicherten Haltungs- und Bewegungsabläufe reflexogen zugegriffen.
(Quelle: Zalpour C. (2010). Springer Lexikon Physiotherapie. 1. Auflage 2010 Springer-Verlag Berlin Heidelberg, S. 1346)

1.2:
Therapieziele:
Altersunabhängig und krankheitsbildübergreifend können Teilmuster geübt werden, die Inhalte des normalen Bewegungsablaufes sind; so können physiologische Bewegungsmuster pathologische ersetzen.

1.3:

Sánchez-González JL, Sanz-Esteban I, Menéndez-Pardiñas M, Navarro-López V and Sanz-Mengíbar JM (2024) Critical review of the evidence for Vojta Therapy: a systematic review and meta-analysis. Front. Neurol. 15:1391448. doi: 10.3389/fneur.2024.1391448

Fünfundfünfzig Studien wurden in die qualitative Analyse und 18 in die Meta-Analyse einbezogen. Signifikante Unterschiede in der kortikalen Aktivität (p = 0,0001) und der Muskelaktivität (p = 0,001) wurden bei Erwachsenen, die eine Vojta-Therapie (VT) erhielten, im Vergleich zur Kontrollgruppe festgestellt, ebenso wie beim Gleichgewicht von Personen mit Multipler Sklerose (p < 0,03). In der Meta-Analyse wurden keine signifikanten Unterschiede bei der Bewertung der grobmotorischen Funktion, der Sauerstoffsättigung, der Atemfrequenz, der Körpergröße und des Kopfumfangs bei Kindern festgestellt. Die Auswirkungen von Vojtatherapie auf die Grobmotorik waren im Vergleich zur Kontrollgruppe nicht signifikant (SMD = -0,02; 95% CI: -0,32 bis 0,27; n = 179; Z = 0,16; p = 0,87)

Igual Blasco, A.; Piñero Peñalver, J.; Fernández-Rego, F.J.; Torró-Ferrero, G.; Pérez-López, J. Effects of Chest Physiotherapy in Preterm Infants with Respiratory Distress Syndrome: A Systematic Review. Healthcare 2023, 11, 1091. https://doi.org/10.3390/ healthcare11081091

Die Analyse umfasste 10 Studien mit insgesamt 522 Teilnehmern (Frühgeborene). Die häufigsten Interventionen waren die konventionelle Brustphysiotherapie sowie die Stimulation der Brustzone nach Vojta. Zudem wurden Lungenkompression und ein gesteigerter exspiratorischer Fluss angewendet. Alle angewandten Techniken erwiesen sich jedoch als sicher. Positive Effekte wurden nach der konventionellen Physiotherapie, Vojtas Reflexumdrehen und Lungenkompression beschrieben. Besonders hervorgehoben wurden die Verbesserungen nach Vojtas Reflexumdrehen, die in vergleichenden Studien deutlich wurden.

Erdogan Kavlak, Ayse Unal, Fatih Tekin, Ahmed Ahmed Hamood Al Sakkaf. Comparison of the effectiveness of Bobath and Vojta techniques in babies with Down syndrome: Randomized controlled study. Ann Clin Anal Med 2022;13(1):35-39

Die Bobath-Therapie (BT)-Gruppe umfasste 12 Babys (6 Mädchen, 6 Jungen), die Vojta-Technik (VT)-Gruppe 11 Babys (4 Mädchen, 7 Jungen). Über einen Zeitraum von sechs Wochen erhielten die Babys insgesamt 12 Physiotherapie-Sitzungen, jeweils zweimal pro Woche. Alle Bewertungen wurden vor und nach der Therapie durchgeführt. Zur Beurteilung des motorischen Entwicklungsstands der Babys wurde die Alberta Infant Motor Scale (AIMS) verwendet, zur Einschätzung des emotionalen Zustands der Mütter die Beck-Depressionsskala (BDS) und zur Bewertung der Lebensqualität der Mütter das Nottingham Health Profile (NHP).
Das Durchschnittsalter der Babys sowie die AIMS-, BDS- und NHP-Werte waren vor der Therapie in beiden Gruppen ähnlich (p>0,05). Nach der Therapie wurde in beiden Gruppen eine signifikante Verbesserung der AIMS-Werte festgestellt (BT:p=0,001; VT: p=0,001). Die durchschnittliche Veränderung der AIMS-Werte zwischen den Gruppen betrug 8,33±6,34 für die BT-Gruppe und 7,27±3,46 für die VT-Gruppe (p>0,05). Es wurde kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen hinsichtlich der Veränderungen der AIMS- (p=0,629), BDS- (p=0,642) und NHP-Werte (p=0,726) festgestellt.

Ha, S.-Y.; Sung, Y.-H. Vojta Therapy Affects Trunk Control and Postural Sway in Children with Central Hypotonia: A Randomized Controlled Trial. Children 2022, 9, 1470. https://doi.org/10.3390/children9101470

Therapie und in der Kontrollgruppe (n = 10) eine allgemeine Physiotherapie angewendet. Die Intervention erfolgte über einen Zeitraum von sechs Wochen mit drei Sitzungen pro Woche, jeweils 30 Minuten pro Sitzung. Bewertet wurden die Dicke der Bauchmuskulatur, die Rumpfkontrolle (segmentale Beurteilung der Rumpfkontrolle), der Rumpfwinkel und das Rumpfschwanken in sitzender Position sowie das Gross Motor Function Measure-88 (GMFM-88).
In der Experimentalgruppe (Vojta) nahm die Dicke des Musculus obliquus internus und des Musculus transversus abdominis signifikant zu (p < 0,05). Die Punktzahl in der segmentalen Beurteilung der Rumpfkontrolle erhöhte sich signifikant (p < 0,05), während das Rumpfschwanken signifikant abnahm (p < 0,05). Zudem zeigte sich eine signifikante Verbesserung im Gross Motor Function Measure-88 (p < 0,05).

Ha SY, Sung YH. Vojta Approach Affects Neck Stability and Static Balance in Sitting Position of Children With Hypotonia. Int Neurourol J. 2021 Nov;25(Suppl 2):S90-95. doi: 10.5213/inj.2142344.172. Epub 2021 Nov 30. Erratum in: Int Neurourol J. 2022 Sep;26(3):258. doi: 10.5213/inj.2221172.erratum. PMID: 34844391; PMCID: PMC8654318.

Siebzehn Kinder mit Hypotonie wurden zufällig in die Vojta-Therapie-Gruppe (n=9) und die allgemeine Physiotherapie-Gruppe (n=8) eingeteilt. Jede Gruppe erhielt über einen Zeitraum von vier Wochen eine Intervention von 30 Minuten pro Sitzung, dreimal wöchentlich. Zur Messung der Dicke der tiefen Nackenbeugemuskulatur wurde eine Ultraschalluntersuchung durchgeführt, der Craniovertebral Angle (CVA)

wurde zur Beurteilung der Nackenausrichtung entlang des Wirbelsäulensegments verwendet, und das Balancia-Softwareprogramm diente zur Messung des statischen Gleichgewichts.
In der Vojta-Therapie-Gruppe nahm die Dicke der tiefen Nackenbeugemuskulatur signifikant zu (P<0,05), und der CVA verbesserte sich signifikant (P<0,05). Darüber hinaus zeigte sich eine signifikante Verbesserung der Wegstrecke im statischen Gleichgewicht (P<0,05).

Sung Y-H, Ha S-Y. The Vojta approach changes thicknesses of abdominal muscles and gait in children with spastic cerebral palsy: A randomized controlled trial, pilot study. Technology and Health Care. 2020;28(3):293-301. doi:10.3233/THC-191726

Die Vojta-Ansatz-Gruppe zeigte einen signifikanten Unterschied in der Dicke der Musculi rectus abdominis und obliquus externus abdominis, die an der Rumpfstabilität beteiligt sind (p < 0,05). Es gab zudem signifikante Unterschiede in der Schrittbreite, im Functional Ambulation Profile, in der Schwungzeit, der Standzeit und dem Einzelstützanteil des Gangzyklus sowie in der Fußdruckverteilung (p < 0,05).

Jung MW, Landenberger M, Jung T, Lindenthal T, Philippi H. Vojta therapy and neurodevelopmental treatment in children with infantile postural asymmetry: a randomised controlled trial. J Phys Ther Sci. 2017 Feb;29(2):301-306. doi: 10.1589/jpts.29.301. Epub 2017 Feb 24. PMID: 28265162; PMCID: PMC5332993.

In einer randomisierten kontrollierten Studie wurde die Wirkung der Vojta-Therapie im Vergleich zur neurodevelopmentalen Therapie bei Säuglingen mit posturaler Asymmetrie untersucht. 65 Säuglinge mit posturaler Asymmetrie wurden rekrutiert. 37 Säuglinge im Alter von sechs bis acht Wochen (Durchschnitt 7,38) erfüllten die Einschlusskriterien und wurden zufällig in zwei Gruppen eingeteilt: 19 erhielten die Vojta-Therapie und 18 die neurodevelopmentale Therapie. Mittels einer standardisierten und verblindeten videobasierten Bewertung wurden die Einschränkung der Kopfrotation sowie die Konvexität der Wirbelsäule in Bauch- und Rückenlage vor und nach der Therapie beurteilt. Eine Reduktion der posturalen Asymmetrie um mindestens vier Punkte (Skalenbereich 20 Punkte) wurde als klinisch relevante Veränderung betrachtet. Im Durchschnitt wurde in beiden Gruppen innerhalb von acht Wochen eine Reduktion um vier Punkte erreicht. Ein mittlerer Unterschied (vorher-nachher) von −2,96 Punkten zugunsten der Vojta-Therapie wurde beobachtet.

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?

2.1 Entspricht die Behandlung nach dem Vojta-Konzept dem heutigen allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse?

2.2 Gibt es zu dem derzeit praktizierten Vojta-Konzept aktuelle relevante Unterlagen und Dokumente (z. B. Curricula, Anleitungen für Bezugspersonen, Aufklärungen etc.) und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

2.1:

Uns liegt derzeit nur das Curriculum zu den Weiterbildungskursen in der Vojta Therapie für Säuglinge, Kinder, Jugendliche und Erwachsene – Stand 2011 – vor. Eine Beurteilung seit der Entwicklung in den 1050er bis 1970er Jahren können wir daher nicht vornehmen.

2.2:

Vertrag nach §125 Absatz 1 SGB V über die Versorgung mit Leistungen der Physiotherapie und deren Vergütung:

I Anlage 1 Leistungsbeschreibung

Krankengymnastik zur Behandlung von zentralen Bewegungsstörungen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres nach Bobath oder Vojta als Einzelbehandlung

X0708 KG-ZNS–Kinder nach Bobath

X0709 KG-ZNS-Kinder nach Vojta

Definition:

Krankengymnastische Behandlungsmethoden, die die Reaktion der Propriorezeptoren, der Stell- und Haltungsreflexe sowie der Gleichgewichtsreaktionen für die Hemmung pathologischer und Bahnung physiologischer Bewegungsmuster mit einbeziehen. Behandelt wird nach Bobath oder Vojta.

Therapeutische Wirkung:
- Hemmung pathologischer Entwicklungen und Bahnung physiologischer Bewegungsmuster.

- Verbesserung der Motorik, Sensorik, Psyche, Sprachanbahnung.
- Ausnutzung der Stimulationsmöglichkeiten (Plastizität) des Gehirns.
- Verbesserung der zentralen Kontrolle.

Schädigungen/Funktionsstörungen:
- Angeborene zentrale Bewegungsstörungen.
- Frühkindlich erworbene zentrale Bewegungsstörungen.
- Schlaffe Lähmungen, z. B. durch Geburtstraumen.

Therapieziel:
- Verbesserung der Sensomotorik.
- Gleichgewichts- und Koordinationsschulung.
- Verbesserung des pathologischen Muskeltonus.
- Vermeidung oder Verminderung sekundärer Schäden.
- Verbesserung der psycho-motorischen Entwicklung, einschl. Sprachanbahnung.

Leistung:
- Aufstellen des Behandlungsplanes nach individueller neurophysiologischer Befundung
- Behandlung entsprechend dem individuellen Behandlungsplan.
- Schulung im Umgang mit Hilfsmitteln.
- Anleitung der Bezugsperson(en) zum Handling und zur notwendigen täglichen Beübung.

Regelbehandlungszeit:

Richtwert: 30 bis 45 Minuten.

Weiterbildungsnachweis:

Die unter dieser Position beschriebenen Leistungen können durchgeführt und abgerechnet werden von:

- Fachphysiotherapeuten für infantile Cerebralparesen,

- Fachphysiotherapeuten für spinale Lähmungen und Extremitätendefekte sowie

- Physiotherapeuten, die eine erfolgreich abgeschlossene spezielle Weiterbildung von mind. 300 Std. mit Abschlussprüfung absolviert haben, die die Anforderungen der Anlage 3 der Rahmenempfehlungen nach § 125 Abs. 1 SGB V erfüllt.

Voraussetzung für die Abrechnung der Leistung ist die Erteilung einer Abrechnungs-erlaubnis durch die Landesorganisationen der Krankenkassen. Der Qualifikationsnachweis über die erfolgreich abgeschlossene Weiterbildung ist den Landesorganisationen der Krankenkassen rechtzeitig zu übermitteln, damit diese rechtzeitig vor der Abrechnung eine Abrechnungserlaubnis erteilen können. Diese erfolgt dann rückwirkend zum Tag der Antragstellung.

Krankengymnastik zur Behandlung von zentralen Bewegungsstörungen, nach Vollendung des 18. Lebensjahres nach Bobath, Vojta, PNF als Einzelbehandlung FN 5

X0710 KG-ZNS nach Bobath

X0711 KG-ZNS nach Vojta

X0712 KG-ZNS nach PNF

Definition:

Krankengymnastische Behandlungsverfahren (nach Bobath, Vojta, PNF) unter Ausnutzung der natürlich vorhandenen Bahnungs- und Hemmungsmechanismen des Nervensystems.

Therapeutische Wirkung:
- Hemmung pathologischer Entwicklungen und Bahnung physiologischer Bewegungsmuster.
- Verbesserung der Motorik, Sensorik, Psyche, Sprachanbahnung.
- Ausnutzung der Stimulationsmöglichkeiten (Plastizität) des Gehirns.
- Verbesserung der zentralen Kontrolle.

Schädigungen/Funktionsstörungen:
- Spastische Lähmung bei Schädigung des Gehirns oder Rückenmarkes.
- Lähmungen (spastisch, hypoton) in Kombination mit sensiblen Schädigungen bei Schä- digung des Gehirns oder Rückenmarkes (traumatisch, vaskulär, entzündlich, degenerativ).
- Koordinationsstörungen, bedingt durch Erkrankung des ZNS.
- Abnorme Bewegungen (mit hyper- oder hypokinetischen Störungen).
- Komplexe periphere Lähmungen (Plexuslähmungen)
- Ausgedehnte aktive und/oder passive Bewegungsstörungen als Folge von Polytraumen an zumindest 2 Gliedmaßen oder

Rumpf und einem Gliedmaß.

Therapieziel:
- Verbesserung der Motorik (Normalisierung des Muskeltonus und der Muskelkraft für Fein- und Grobmotorik).
- Verbesserung von Haltung und Koordination.
- Verbesserung der Sensomotorik.
- Verbesserung der Komplexbewegungen, Bahnung physiologischer Bewegungsmuster.
- Hemmung pathologischer Bewegungsmuster.
- Vermeidung oder Verminderung sekundärer Schäden.

Leistung:
- Aufstellen des Behandlungsplanes nach individueller neurophysiologischer Befundung.
- Behandlung entsprechend dem individuell erstellten Behandlungsplan.
- Schulung im Umgang mit Hilfsmitteln.
- Anleitung der Bezugsperson(en) zum Handling und zur notwendigen täglichen Beübung.

Regelbehandlungszeit:

Richtwert 25 bis 35 Minuten.

Weiterbildungsnachweis:

Die unter dieser Position beschriebenen Leistungen können durchgeführt und abgerechnet werden von:

- Fachphysiotherapeuten für infantile Cerebralparesen.

- Fachphysiotherapeuten für spinale Lähmungen und Extremitätendefekte.

- Fachphysiotherapeuten für funktionelle Störungen und psychische Erkrankungen.

- Physiotherapeuten, die eine erfolgreich abgeschlossene spezielle Weiterbildung in dem betreffenden Bereich (Bobath, Vojta oder PNF) von mind. 120 Std. mit Abschlussprüfung absolviert haben, die die Anforderungen der Anlage 3 der Rahmenempfehlungen nach § 125 Abs. 1 SGB V erfüllt.

Voraussetzung für die Abrechnung der Leistung ist die Erteilung einer Abrechnungs-erlaubnis durch die Landesorganisationen der Krankenkassen. Der Qualifikationsnachweis über die erfolgreich abgeschlossene Weiterbildung ist den Landesorganisationen der Krankenkassen rechtzeitig zu übermitteln, damit diese rechtzeitig vor der Abrechnung eine Abrechnungserlaubnis erteilen können. Diese erfolgt dann rückwirkend zum Tag der Antragstellung.

II. Anlage 7 – Weiterbildung zum Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V über die Versorgung mit Leistungen der Physiotherapie und deren Vergütung

Gemäß § 17 Abs. 2 der Heilmittel-Richtlinie können einzelne Leistungen (Zertifikatsleistungen) der Physiotherapie nur dann zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden, wenn die Therapeutin oder der Therapeut eine über die Berufsausbildung hinausgehende Qualifikation besitzt. Deshalb bedarf es für die Abgabe einer Zertifikatsleistung zu Lasten der GKV einer Abrechnungserlaubnis. Die Abrechnungserlaubnis bezieht sich stets ausschließlich auf die Absolventin oder den Absolventen der Weiterbildung. Eine Abrechnungserlaubnis ist von den zuständigen Arbeitsgemeinschaften gemäß § 124 Abs. 2 SGB V zu erteilen, wenn der zugelassene Leistungserbringer nachweist, dass er oder einer seiner Leistungserbringer eine Qualifikation entsprechend den nachfolgend beschriebenen Anforderungen erworben hat.

4. KG-ZNS nach Vojta bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres

Anmerkung:

Die erfolgreich abgeschlossene Weiterbildung in Krankengymnastik nach Vojta zur Behandlung von zentralen Bewegungsstörungen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres (Kinder) ermöglicht auch die Abgabe von Leistungen in Krankengymnastik nach Vojta zur Behandlung von zentralen Bewegungsstörungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres (Erwachsene).

A) Eingangsvoraussetzungen für die Teilnehmer

Die Teilnehmer an der Weiterbildung müssen eine abgeschlossene Berufsausbildung als Physiotherapeut/Krankengymnast13 sowie zwei Jahre Be-rufserfahrung14(möglichst in der Behandlung von Kindern) nach Abschluss der Ausbildung nachweisen.

B) Weiterbildungscurriculum

Die nähere Ausgestaltung des Weiterbildungscurriculums obliegt der BHV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen. Bis auf weiteres gilt das Weiterbildungscurriculum entsprechend den Standards und Leitlinien der INTERNATIONALEN VOJTA

GESELLSCHAFT e.V. (I.V.G.).

1. Dauer: mindestens 300 Unterrichtseinheiten15

2. Dokumentation: Zeugnis über die erfolgreiche Teilnahme an der Weiterbildung

C) Mindestanforderungen an den Weiterbildungsträger

Die nähere Ausgestaltung der Mindestanforderungen an den Weiterbildungsträger obliegt der BHV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen. Bis auf weiteres gelten die Mindestanforderungen an den Weiterbildungsträger entsprechend den Standards und Leitlinien der INTERNATIONALEN VOJTA GESELLSCHAFT e.V. (I.V.G.).

D) Mindestanforderungen an den Fachlehrer

Die nähere Ausgestaltung der Mindestanforderungen an den Fachlehrer obliegt der BHV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen. Bis auf weiteres gelten die Mindestanforderungen an den Fachlehrer (Vojta- INTERNATIONALEN VOJTA GESELLSCHAFT e.V. (I.V.G.).

E) Weiterbildungseinrichtungen

Die Weiterbildungsträger und -stätten, die die Erfüllung der vorgenannten Anforderungen nachgewiesen haben, werden in der Anlage 4 aufgeführt.

6. KG-ZNS nach Vojta nach Vollendung des 18. Lebensjahres

A) Eingangsvoraussetzungen für die Teilnehmer

Die Teilnehmer an der Weiterbildung müssen eine abgeschlossene Berufsausbildung als Physiotherapeut/Krankengymnast19 sowie zwei Jahre Berufserfahrung nach Abschluss der Ausbildung nachweisen.

B) Weiterbildungscurriculum

Die nähere Ausgestaltung des Weiterbildungscurriculums obliegt der BHV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen. Bis auf weiteres gilt das Weiterbildungscurriculum entsprechend den Standards und Leitlinien der INTERNATIONALEN VOJTA GESELLSCHAFT e.V. (I.V.G.).

1. Dauer: mindestens 120 Unterrichtseinheiten21

2. Dokumentation: Zeugnis über die erfolgreiche Teilnahme an der Weiterbildung

C) Mindestanforderungen an den Weiterbildungsträger

Die nähere Ausgestaltung der Mindestanforderungen an den Weiterbildungsträger obliegt der BHV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen. Bis auf weiteres gelten die Mindestanforderungen an den Weiterbildungsträger entsprechend den Standards und Leitlinien der INTERNATIONALEN VOJTA GESELLSCHAFT e.V. (I.V.G.).

D) Mindestanforderungen an den Fachlehrer

Die nähere Ausgestaltung der Mindestanforderungen an den Fachlehrer obliegt der BHV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen. Bis auf weiteres gelten die Mindestanforderungen an den Fachlehrer (Vojta-Lehrtherapeut) entsprechend den Standards und Leitlinien der INTERNATIONALEN VOJTA GESELLSCHAFT e.V. (I.V. G.).

E) Weiterbildungseinrichtungen

Die Weiterbildungsträger und -stätten, die die Erfüllung der vorgenannten Anforderungen nachgewiesen haben, werden in der Anlage 6 aufgeführt.

3. Wird die Vojta-Therapie heute noch als eigenständige Therapieform angewandt, oder wird sie in der Praxis zunehmend mit anderen Konzepten kombiniert?

3.1 Falls sie kombiniert wird: Mit welchen anderen Therapieansätzen wird sie häufig verknüpft?

3.2 Gibt es Evidenz zur Wirksamkeit dieser kombinierten Ansätze?

3. und 3.1:

Die Vojta-Therapie wird heute noch als eigenständige Therapieform angewandt. Allerdings wird sie in der Praxis auch mit anderen Konzepten kombiniert. Aus therapeutischer und ethischer Sicht entscheiden sich manche Therapeuten, die Vojta-Therapie allein anzuwenden, während andere sie in Kombination mit anderen Therapie-Konzepten - wie beispielsweise Bobath - nutzen. Daneben arbeiten unsere Mitglieder interprofessionell mit Ergotherapeuten und Logopäden zusammen, die wiederum ihre eigenen Therapieansätze einbringen.

3.2:

Es liegen zwei Pilotstudien vor, in denen eine Kombination von Bobath und Vojta untersucht wurde:

Ungureanu, A.; Rusu, L.; Rusu, M.R.; Marin, M.I. Balance Rehabilitation Approach by Bobath and Vojta Methods in Cerebral Palsy: A Pilot Study. Children 2022, 9, 1481. https://doi.org/10.3390/ children9101481

Das Rehabilitationsprogramm wurde auf der Grundlage von zwei Methoden entwickelt: Bobath und Vojta. Eine 90-minütige Physiotherapie-Sitzung beginnt mit einer 20-minütigen Vojta-Therapie-Aktivierung. Zwischen den beiden Therapien gibt es eine 10-minütige Pause, dann wird die Sitzung mit Bobath-Übungen im Rahmen der 3 vorgeschlagenen körperlichen Übungen für 60 Minuten fortgesetzt. 5 Tage pro Woche, 6 Monate.

Die Kombination der beiden Methoden haben sich als nützlich für die Rehabilitation erwiesen, was sich in der Verbesserung der Werte auf der Berg-Balance-Scale widerspiegelt.

Hinweis zur Studie:

Das in der Studie durchgeführte Rehabilitationsprogramm entspricht nicht der ambulanten Versorgungspraxis, da von einer Behandlungszeit von 60 Minuten, 5 Tage pro Woche für 6 Monate ausgegangen wird, obwohl die Regelbehandlungszeit laut Rahmenvertrag nur 30-45 Minuten bei Kindern und 25-35 Minuten bei Erwachsenen mit einer Therapiefrequenz von beträgt.

Parau, D.; Todoran, A.B.; Barcutean, L.; Avram, C.; Balasa, R. The Benefits of Combining Bobath and Vojta Therapies in Infants with Motor Development Impairment—A Pilot Study. Medicina 2023, 59, 1883. https://doi.org/10.3390/medicina59101883

In der kombinierten Bobath- und Vojta-Gruppe wurde bei 50 % der Teilnehmer eine vollständige motorische Erholung erreicht, wobei die vollständige Erholung nach sechs Monaten eintrat, während in den reinen Bobath- oder Vojta-Therapiegruppen die vollständige Erholung bei allen Teilnehmern nach sieben Monaten erreicht wurde. Bei Säuglingen mit Muskelhypertonie zeigte sich bei Einleitung der Bobath-Therapie in mehr als 50 % der Fälle eine vollständige Erholung nach 5 Monaten, während dies bei Vojta nur in 33,57 % der Fälle erreicht wurde. Schlussfolgerungen: Die vergleichende Auswertung der Daten über die Anwendung der Bobath- und der Vojta-Methode hat gezeigt, dass die Kombination dieser beiden Therapien zu einer kürzeren Erholungszeit des motorischen Defizits führt als die Anwendung einer einzigen Therapie.

4. Bei welchen Erkrankungen des zentralen Nervensystems (einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen) sollte Ihrer fachlichen Ansicht nach die Vojta-Therapie angewendet werden?

4.1 Indikationen bei Säuglingen und Kindern?

4.2 Indikationen bei Erwachsenen?

Die Vojta-Therapie ist laut Heilmittel-Richtlinie bei Erkrankungen des Nervensystems unter den folgenden Indikationen verordnungsfähig:

Diganosegruppe ZN (ZNS-Erkrankungen einschließlich des Rückenmarks/ Neuromuskuläre Erkrankungen) – keine Unterscheidung zwischen Säuglingen, Kindern oder Erwachsenen:

z.B.:

- prä-, peri-, postnatale Schädigungen (z.B. infantile Zerebralparese)
- Fehlbildungssyndrome (z.B. Meningomy-elocele, Spina bifida)
- zerebrale Ischämie, Blutung, Hypoxie, Tumor
- Schädelhirn- und Rückenmarkverletzungen
- Meningoencephalitis, Poliomyelitis
- Querschnittssyndrome
- Vorderhornerkrankungen des Rückenmarks
- Amyotrophe Lateralsklerose
- M. Parkinson
- Multipe Sklerose
- Syringomyelie
- Spinalis anterior Syndrom
- Muskeldystrophie, -atrophie

- Leitsymptomatik (Schädigung von Körperfunktionen und -strukturen zum Zeitpunkt der Diagnosestellung):

a) Schädigung/Störung der Bewegungs- und Sinnes-funktion z.B.

- Kontrolle der Willkürbewegung (z.B. Koordinationsstörung, Sensibilitätsstörungen)
- Unwillkürliche Bewegung (z.B. Ataxie, Dystonie, Atethose)
- Posturale Kontrolle

b) Schädigung/Störung der Muskelfunktion z.B.
- Muskelkraft (z.B. Hemiparese, Paraparese Tetraparese)
- Muskeltonus (z.B. spastische Tonuserhöhung, Hypotonie)

x) [patientenindividuelle Symptomatik]

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)?

5.1 Kontraindikationen bei Säuglingen und Kindern?

5.2 Kontraindikationen bei Erwachsenen?

Fiebrige Infekte, metastasierende Tumore, Impfungen mit Lebendimpfstoffen (bis zu 10 Tage nach Impfung), Schwangerschaft. (Quelle: Zalpour C. (2010). Springer Lexikon Physiotherapie. 1. Auflage 2010 Springer-Verlag Berlin Heidelberg, S. 1346)

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?

6.1 Bitte beschreiben Sie diese Bestandteile näher.

6.2 Gibt es einen Unterschied in der Behandlung von Säuglingen und Kindern und Erwachsenen?

6.3 Welcher Anteil der Therapie wird bei der Behandlung von Physiotherapeutinnen und -therapeuten erbracht und welcher Anteil der Therapie ist von den Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige) durchzuführen?

6.3.1 Bei Säuglingen und Kindern?

6.3.2 Bei Erwachsenen?

Da hier konkrete Behandlungselemente der Vojta-Therapie abgefragt werden, der IFK als Berufsverband allerdings generalistisch aufgestellt ist, möchten wir aktuell auf die noch umfangreichere Expertise der Vojta Fachgesellschaft verweisen.

7. Gibt es Ihrer fachlichen Ansicht nach physiotherapeutische Behandlungsalternativen zur Therapie nach Vojta bei Erkrankungen des zentralen Nervensystems?

7.1 Bei Säuglingen und Kindern?

7.2 Bei Erwachsenen?

Aus fachlicher Sicht gibt es folgende physiotherapeutische Behandlungsalternativen zur Therapie nach Vojta bei Erkrankungen des zentralen Nervensystems:

7.1:

Bobath-Konzept

Therapiekonzept zur Behandlung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit angeborenen und/oder erworbenen Störungen des Zentralnervensystems, z. B. sensomotorischen Auffälligkeiten, kognitiven Beeinträchtigungen, und anderen neurologischen Erkrankungen wie Schlaganfall, Multiple Sklerose, M. Parkinson. Das Bobath-Konzept beinhaltet einen neurophysiologisch begründeten, interdisziplinär anwendbaren Ansatz in der Befunderhebung, im therapeutischen Prozess und bei der Hilfe zur Bewältigung des Alltages. Menschen, deren Fähigkeit zur Teilhabe am täglichen Leben durch eine neurologische Störung oder Entwicklungsstörung eingeschränkt ist, werden in ihrer gesamten Persönlichkeit erfasst und in den ihnen möglichen eigenen Aktivitäten begleitet, gefördert und gefordert. Dabei werden motorische, sensorische, perzeptive, kognitive, kommunikative, emotionale und soziale Funktionen und ihre Wirkungen berücksichtigt und therapeutisch einbezogen. Die Besonderheiten des Bobath-Konzeptes im Umgang mit dem Patienten lassen sich in folgenden Merkmalen zusammenfassen:

- Die Therapie orientiert sich an den Ressourcen des Patienten. Je nach Störungsbild kann dies durch Motivation und Förderung eigenständigen Handelns in der Interaktion zwischen Patient und Therapeut unterstützt werden.
- Die individuelle Therapiegestaltung wird zwischen Ärzten, Therapeuten und den Bezugspersonen vereinbart.
- Im therapeutischen Vorgehen entwickelt sich zwischen Patient und Therapeut ein dialogischer Prozess, dabei muss die Lebenswelt des Betroffenen einbezogen werden.
- Physiotherapeut, Ergotherapeut und Logopäde setzen spezifische Techniken und Hilfen ein, die dem Patienten eigenständige und variable Problemlösungen für seine Handlungsziele ermöglichen und sich günstig auf die Qualität von Haltung und Bewegung auswirken.
- Die Basis für eine vorausschauende Planung fachspezifischer Ziele im interdisziplinären Team bilden gute

Fachkenntnisse über die neurophysiologischen und neuropathologischen Grundlagen und über den Verlauf der verschiedenen Erscheinungsformen von Entwicklungsstörungen und von erworbenen Hirnläsionen.

- Neue wissenschaftliche Erkenntnisse werden aktuell in die Therapie des Patienten einbezogen.

Therapieprinzipien

Die übergeordnete Leitidee der Therapie ist es, optimale Bedingungen für die Entfaltung der sensomotorischen Kompetenz der betroffenen Person zu schaffen, wobei geistige, soziale und emotionale Bereiche berücksichtigt werden. So wird versucht, günstige Voraussetzungen für sensomotorisches Lernen herzustellen. Eine wesentliche Aufgabe besteht darin, die zentrale Wachheit und Aufmerksamkeit der Betroffenen wieder zu aktivieren; dazu können z. B. somatosensorische und vestibuläre Anregungen (z. B. Berühren und Bewegen), aber auch Anregungen im auditiven und visuellen Bereich sowie im Geruchs- und Geschmacksbereich gezielt ausgesucht und angeboten werden. Allerdings kann nur durch eigenes Ausprobieren und variationsreiches Wiederholen im entsprechenden sinnvollen Kontext (Alltagssituationen) ein Prozess des handlungsorientierten und funktionellen Lernens entstehen. Handlungskompetenz kann sich nur entwickeln, wenn der betroffene Mensch Ziele verwirklichen kann, die für ihn selbst bedeutsam sind. Im Unterschied zu anderen Therapiekonzepten gibt es im Bobath-Konzept keine standardisierten Übungen; im Vordergrund stehen individuelle und alltagsbezogene therapeutische Aktivitäten, d. h. in Bereichen wie Kommunikation, Nahrungsaufnahme, Körperpflege, An- und Auskleiden, Fortbewegung, Spiel und Beschäftigung – z. B. zu Hause, im Kindergarten, in der Schule, im Beruf oder in der Freizeit. Die Aufgabe der TherapeutInnen besteht darin, die spezifischen Erfordernisse – möglichst gemeinsam mit dem betroffenen Menschen und den betreuenden Personen – herauszufinden. Daraus ergibt sich zum einen die Vermittlung spezifischer „Handlungsanleitungen“ für die betreuenden Personen (Familienmitglieder, Begleitpersonen, Pflegepersonal, LehrerInnen und ErzieherInnen), zum anderen die Anpassung des Umfeldes (Lagerungs-, Sitz-, Steh- und Fortbewegungshilfen und die Adaptierung von Gebrauchsgegenständen) an die individuellen Bedürfnisse des Patienten. Alle Maßnahmen dienen zudem dazu, körperliche Sekundärschäden wie Kontrakturen, Luxationen und Deformitäten zu verhindern, aber auch Folgen im emotionalen und sozialen Bereich zu beeinflussen. In der Bobath-Therapie werden Alter, Beeinträchtigung und Schädigungsform des betroffenen Kindes, Jugendlichen oder Erwachsenen individuell berücksichtigt.

Therapieziele

Ziel der Therapie ist die Differenzierung funktioneller Fähigkeiten und die Erweiterung der Handlungskompetenz und der größtmöglichen Selbstständigkeit im Lebensumfeld. Bei Menschen mit schwersten Behinderungen kann dies, neben der Sicherung der Vitalfunktionen, ihre Mithilfe bei den pflegerischen Maßnahmen bedeuten oder zumindest das Akzeptieren dieser Maßnahmen. Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit in der medizinischen und therapeutischen Betreuung ist damit unverzichtbar; sie dient der Koordinierung in den verschiedenen beteiligten Fachbereichen.

Indikationen

Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit angeborener Hirnschädigung oder Entwicklungsstörung: Schon ab dem Säuglingsalter wird der betroffene Mensch in seiner Gesamtentwicklung gesehen und gefördert. Die Familienangehörigen werden intensiv eingebunden. Der aktuelle Stand von Forschung und Wissenschaft, v. a. bezüglich der Aspekte der sensomotorischen Entwicklung sowie neurophysiologischer und biomechanischer Grundlagen der Bewegungskontrolle wird kontinuierlich verfolgt und in das therapeutische Konzept eingebunden. Folgende Ziele können für den medizinisch-therapeutischen Bereich beispielhaft formuliert werden:

In der Physiotherapie liegen die Schwerpunkte in der Optimierung und Differenzierung der Bewegungsentwicklung und -erfahrung und des Bewegungsverhaltens. Bei der Entwicklung eigener Bewegungsstrategien im therapeutischen Prozess werden v. a. die individuellen biomechanischen Gegebenheiten, Interaktion und Kommunikation mit dem sozialen Umfeld des Kindes, des Jugendlichen oder des Erwachsenen berücksichtigt; so wird sensomotorisches Lernen ermöglicht.

Erwachsene mit erworbener Hirnschädigung:

Zum frühestmöglichen Zeitpunkt nach dem Ereignis (Unfall o. ä.) bzw. der Feststellung der Hirnschädigung beginnt die medizinisch-therapeutische Rehabilitation.

Die Physiotherapie hat das Ziel, dass die Betroffenen wieder einen Zugang zu den Bewegungsmustern finden, die ihnen größtmögliche Unabhängigkeit erlauben. Ein wichtiger Aspekt ist dabei die Verbesserung des Gleichgewichts als Basis für normale selektive Haltung und Bewegung. Das Gleichgewicht bildet den Haltungshintergrund für die

jeweilige Aktivität und ermöglicht so einen qualitativen und quantitativen Zuwachs im Bewegungs- und Funktionsrepertoire. Aspekte, die die Bewegung beeinflussen, z. B. biomechanische Gegebenheiten oder psychodynamische Prozesse, werden berücksichtigt und in die Behandlung einbezogen. Aufgabe des Therapeuten ist es, dem Betroffenen von Anfang an durch gezielte Aktivitäten sensomotorisches Lernen zu ermöglichen. Er sollte zunehmend aktiver und ökonomischer die für ihn notwendigen Handlungen durchführen können und eigene Problemlösungsstrategien auf seinen individuellen Lebenskontext bezogen finden und verfolgen.
(Quelle: Zalpour C. (2010). Springer Lexikon Physiotherapie. 1. Auflage 2010 Springer-Verlag Berlin Heidelberg, S. 180 ff.)

PNF-Konzept:

Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation. In den 1940er und 1950er Jahren von Dr. H Kabat und M Knott entwickeltes neurophysiologisches Behandlungskonzept. Dabei werden mittels Propriozeptoren und Exterozeptoren über das Zusammenspiel zwischen Nerven und Muskeln Reize gesetzt, um funktionelle Aktivitäten anzubahnen, zu fazilitieren.

Die Grundlagen bilden die Grundprinzipien, die Philosophie und die Techniken des PNF-Konzeptes.
(Quelle: Zalpour C. (2010). Springer Lexikon Physiotherapie. 1. Auflage 2010 Springer-Verlag Berlin Heidelberg, S. 1025)

8. Welche Rolle/Bedeutung haben Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige) Ihrer fachlichen Ansicht nach im Behandlungskonzept der Vojta-Therapie und nach welchen Entscheidungskriterien/Kontraindikationen werden Bezugspersonen aktiv in die Behandlung einbezogen (z. B. selbstständige Durchführung im häuslichen Umfeld)?

8.1 Bei Säuglingen und Kindern?

8.2 Bei Erwachsenen?

Der Erfolg einer Behandlung nach Vojta ist unter anderem von der Grunderkrankung sowie der Übungsfrequenz und der Genauigkeit bei der Therapiedurchführung abhängig. Nach Überweisung zur Vojta-Therapie durch den behandelnden Arzt, erfolgt die individuelle neurophysiologische Befundung durch den Therapeuten sowie die Behandlungsplanung. Die Therapie wird in regelmäßigen Abständen der Entwicklung des Patienten angepasst. Die Anleitung zur Durchführung der Vojta-Behandlung durch die Eltern bzw. Bezugspersonen ist Teil der Therapie gemäß Leistungsbeschreibung (Anlage 1 Leistungsbeschreibung zum Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V über die Versorgung mit Leistungen der Physiotherapie und deren Vergütung) und erfolgt in der Regel parallel zur Behandlung in den Physiotherapie-Praxen. Durch ein tägliches Üben auch im häuslichen Umfeld, kann die notwendige Intensität der Behandlung gewährleistet werden.
Eine wichtige Aufgabe des Vojta-Therapeuten ist daher die Therapieanleitung der Eltern oder Bezugspersonen. (Quelle: https://ifk.de/patienteninformation/therapien/30/vojta-therapie)
Der Therapeut muss individuell entscheiden, ob die Bezugsperson wie oben beschrieben aktiv in die Vojta-Therapie einbezogen werden kann. Die Person muss geistig und körperlich in der Lage sein, die Vojta-Therapie zu verstehen, sie korrekt anzuwenden sowie Kontraindikationen zu erkennen.

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?

9.1 Bei Säuglingen und Kindern?

9.2 Bei Erwachsenen?

Das Thema der Schulung von Bezugspersonen bei der Anwendung der Vojta-Therapie im häuslichen Umfeld ist patientenabhängig sehr individuell und spezifisch. Diesbezüglich möchten wir aktuell auch hier auf die noch umfangreichere Expertise der Vojta Fachgesellschaft verweisen.

10. Welche Mechanismen oder Protokolle existieren, um mögliche unerwünschte Wirkungen frühzeitig und auch im Langzeitverlauf zu erkennen und zu dokumentieren?

10.1 Bei der Anwendung durch Physiotherapeutinnen und -therapeuten?

10.2 Bei der Anwendung durch Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige)?

10.3 Gibt es hierzu relevante Unterlagen/Dokumente und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

Derjenige, der Patienten behandelt, muss die Behandlung kurz in ihrem Verlauf dokumentieren. Durch das Patientenrechtegesetz vom 26.2.2013 wurde diese Dokumentationspflicht mittlerweile auch im § 630 f des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB) verankert.

Auszug Rahmenvertrag gem. § 125 Abs. 1 SGB V:

§ 3 Abs. 13

Der zugelassene Leistungserbringer hat für jede behandelte Versicherte und jeden behandelten Versicherten eine Verlaufsdokumentation gemäß der Leistungsbeschreibung (Anlage 1 Ziffer 8) zu führen und kontinuierlich je Behandlungseinheit fortzuschreiben.

Auszug Leistungsbeschreibung Physiotherapie:

Ziffer 8 „Verlaufsdokumentation/Mitteilung an den verordnenden Arzt“

Entsprechend § 14 Abs. 4 dieser Rahmenempfehlungen wird im Interesse einer effektiven und effizienten physiotherapeutischen Behandlung eine Verlaufsdokumentation geführt. Sie erfolgt je Behandlungseinheit und umfasst die im Einzelnen erbrachte Leistung, die Reaktion des Patienten und ggf. Besonderheiten bei der Durchführung. Sofern der behandelnde Vertragsarzt dies auf der Verordnung kenntlich gemacht hat, unterrichtet der Therapeut diesen gemäß § 17 Abs. 6 der Empfehlungen gegen Ende der Behandlungsserie über den Stand der Therapie.

Neben der Verpflichtung einer Verlaufsdokumentation in der Leistungsbeschreibung (Ziffer 8) dient die Dokumentation der Kommunikation innerhalb der eigenen Institution, z. B. bei der krankheitsbedingten Übergabe von Patienten. Sie dient zur Information über Vorsichtsmaßnahmen, gibt Hinweise auf schon durchgeführte Maßnahmen und deren Ergebnis sowie als Erinnerung für noch ausstehende Aktivitäten.

Heilmittelrichtlinie

B. Grundsätze der Heilmittelverordnung:

§ 6a Diagnostik durch die Verordnerin oder den Verordner

(1) 1Vor der erstmaligen Verordnung von Heilmitteln ist eine Eingangsdiagnostik notwendig. Bei der Eingangsdiagnostik sind diagnostische Maßnahmen durchzuführen, zu veranlassen oder zeitnah erhobene Fremdbefunde heranzuziehen, um einen exakten Befund zu funktionellen oder strukturellen Schädigungen zu erhalten.

(2) Vor weiteren Verordnungen ist zu prüfen, ob eine erneute schädigungsabhängige Erhebung des aktuellen Befundes erforderlich ist. Dabei können auch Fremdbefunde berücksichtigt werden. Weitere Befundergebnisse sollen auf dem Verordnungsvordruck angegeben werden, sofern sie für die Heilmitteltherapie relevant sind.

(3) Bei Nichterreichen des angestrebten individuellen Therapiezieles sollte das weitere therapeutische Vorgehen überprüft werden. Erforderlichenfalls sind andere ärztliche, psychotherapeutische oder rehabilitative Maßnahmen durch die Verordnerin oder den Verordner einzuleiten oder die Beendigung oder Fortsetzung der Heilmitteltherapie in Betracht zu ziehen.

C. Zusammenarbeit zwischen Verordnerinnen und Verordnern sowie Heilmittelerbringerinnen und Heilmittelerbringern

§ 7 Durchführung und Beendigung der Behandlung

(1) Lässt sich bei der Durchführung der Behandlung erkennen, dass das Therapieziel voraussichtlich nicht erreicht werden kann oder dass die oder der Versicherte in vorab nicht einschätzbarer Weise auf die Therapie reagiert, hat der zugelassene Leistungserbringer darüber unverzüglich die oder den für die Behandlung verantwortliche Ärztin oder verantwortlichen Arzt zu informieren und die Therapie zu unterbrechen. Ergibt sich aus der Befunderhebung durch den Leistungserbringer, dass die Erreichung des von der verordnenden Ärztin oder vom verordnenden Arzt benannten Therapieziels durch ein anderes Heilmittel besser erreicht werden kann, hat der Leistungserbringer darüber unverzüglich die Ärztin oder den Arzt, die oder der die Verordnung ausgestellt hat, zu informieren, um eine Änderung oder Ergänzung des Therapieplans abzustimmen und ggf. eine neue Verordnung zu erhalten.

§ 16 Durchführung der Heilmittelbehandlung:

(5) Ergibt sich bei der Durchführung der Behandlung, dass mit dem verordneten Heilmittel oder den verordneten Heilmitteln voraussichtlich das Therapieziel nicht erreicht werden kann oder dass die Patientin oder der Patient in vorab nicht einschätzbarer Weise auf die Behandlung reagiert, hat die Therapeutin oder der Therapeut darüber unverzüglich die Verordnerin oder den Verordner zu informieren und die Behandlung zu unterbrechen. Die Verordnerin oder der Verordner entscheidet über eine Änderung oder Ergänzung des Therapieplans, eine neue Verordnung oder die Beendigung der Behandlung.

(7) Sofern die Verordnerin oder der Verordner für die Entscheidung über die Fortführung der Therapie einen schriftlichen Bericht über den Therapieverlauf nach Ende der Behandlungs-serie für notwendig hält, kann sie oder er diesen auf dem Verordnungsvordruck bei der Therapeutin oder dem Therapeuten anfordern.

Ausführliche Berichtsposition:

Die ausführliche Berichtsposition soll im Gegensatz zur Kurzmitteilung auch den längerfristigen Behandlungsverlauf, ggf. über mehrere Behandlungsserien, beschreiben. Hier dokumentiert der Therapeut die Entwicklung ab der Aufnahme des Patienten in den ambulanten Behandlungsverlauf bis zu dem vom Arzt (oder der Krankenkasse) angeforderten Stichtag. In der Regel wird das insbesondere bei Krankheitsbildern mit einem langfristig zu erwartenden Ergebnis sein, z. B. bei neurologischen Erkrankungen

Zu Form und Inhalt gibt es aber keine Vorgaben an diesen ausführlichen Bericht. Er kann praxis- und patientenindividuell gestaltet werden. Je nach Krankheitsverlauf des Patienten oder Gegebenheiten in der Praxis fällt dies ggf. unterschiedlich aus.

Auszug Vergütungsvereinbarung:

X1906 Physiotherapeutischer Bericht auf schriftliche Anforderung der zuständigen gesetzlichen Krankenkasse oder der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes sowie des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen Ein Kreuz auf der Verordnung ist hier nicht ausreichend. Die schriftliche Anforderung ist der Abrechnung beizufügen.

Teil II Besondere Fragen zur Vojta-Therapie bei Säuglingen und Kindern

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich ausschließlich auf die Behandlung von Erkrankungen des zentralen Nervensystems (einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen) bei der Durchführung der Vojta-Therapie bei Säuglingen und Kindern.

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)?

Bei Bobath handelt sich um ein spezielles Therapiekonzept zur Untersuchung und Behandlung von Störungen des zentralen Nervensystems. Das Konzept basiert auf neurophysiologischen und entwicklungsneurologischen Grundlagen und orientiert sich an den Ressourcen und den Zielen des Patienten. Behandelt werden Kinder und Jugendliche mit zerebralen Bewegungsstörungen, neuromuskulären Erkrankungen und Entwicklungsverzögerungen.

Bei Kindern wird die Bobath-Therapie häufig bei Entwicklungs- und Bewegungsstörungen angewandt.

Ziel ist es, insbesondere die sensomotorische Entwicklung zu fördern und dabei die Variabilität in der Entwicklung des Kindes zu berücksichtigen. (s. auch Antwort Frage 16). Altersgerechte Bewegungsanreize und -erfahrungen regen motorisches Lernen an, sodass Kindern mit Bewegungs-, Koordinations- und Wahrnehmungsstörungen zu einer bestmöglichen Entwicklung verholfen wird. Durch gezielte Behandlungstechniken werden Bewegungsfolgen und -übergänge aufgebaut sowie Gleichgewichtsreaktionen und die Körperwahrnehmung verbessert. Die zentrale Technik im Bobath-Konzept ist das Handling oder die Fazilitation durch den Einsatz der Hände oder des Körpers des Therapeuten. Fazilitation dient der Unterstützung bewegungsbezogener Aktivitäten in alltags- und handlungsrelevanten Situationen. Handling wird zur Unterstützung bei einer Haltungskontrolle in verschiedenen Positionen, bei Positionswechseln und Fortbewegungen eingesetzt. Handling kommt vor allem bei Aktivitäten des täglichen Lebens zum Einsatz. Bei Säuglingen kann das Hochheben und Hinlegen, ein Positionswechsel oder das Getragenwerden sein. Der Physiotherapeut leitet Bezugspersonen ebenfalls im Hinblick auf einen förderlichen Umgang mit dem Kind im Alltag an. Dabei kommen Materialien und Gegenstände, die der Patient im Alltag nutzt, zum Einsatz. Zudem wird in der Therapie der Gebrauch von Hilfsmitteln für den Alltag und die Selbstversorgung vermittelt. (Quelle: https://ifk.de/patienteninformation/therapien/361/bobath-therapie-kinder).

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?

12.1 Wenn ja, bitte beschreiben Sie diese näher.

12.2 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

Hierzu liegt uns keine Evidenz vor.

13. Besteht Ihrer fachlichen Ansicht nach bei der unmittelbaren Anwendung der Vojta-Therapie bei Säuglingen und Kindern ein daraus folgendes Schädigungspotenzial?

13.1 Bei der Anwendung durch Physiotherapeutinnen und -therapeuten?

13.2 Bei der Anwendung durch Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige)?

13.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

Das Schädigungspotenzial bei der unmittelbaren Anwendung ist aus unserer Sicht in der Regel sehr gering, weil die geschulten Therapeuten die korrekten Techniken und auch die Grenzen der Behandlung kennen. Ein Wirkmechanismus beim Einsatz von Heilmitteln generell, basiert auf dem gezielten Setzen von Reizen. Nur eine unsachgemäße Anwendung, zu starke Reize oder unpassende Positionierungen können zu Unwohlsein, Schmerzen oder sogar Verletzungen führen. Besonders bei Säuglingen, deren Gewebe und Knochen noch empfindlich sind, ist daher eine vorsichtige und fachgerechte Durchführung essenziell.

13.1:

Physiotherapeuten, die speziell in der Vojta-Therapie geschult sind, verfügen über das nötige Wissen und die Erfahrung, um die Behandlung sicher durchzuführen. Sie kennen die anatomischen und physiologischen Besonderheiten von Säuglingen und Kindern und können die Reize entsprechend dosieren. Das Risiko einer Schädigung ist nach unserer Einschätzung gering, solange die Behandlung nach anerkannten Vorgaben erfolgt.

Dennoch ist es wichtig, dass die Therapeuten die individuellen Bedürfnisse und Grenzen des Kindes stets berücksichtigen. Eine sorgfältige Anamnese, Beobachtung während der Behandlung und eine enge Zusammenarbeit mit Eltern/ Bezugspersonen und Ärzten sind unerlässlich, um mögliche Risiken zu minimieren

13.2:

Das Schädigungspotenzial bei der Anwendung durch Bezugspersonen ist aus unserer Sicht nur gegeben, wenn diese nicht ausreichend geschult sind oder die Techniken nicht korrekt ausführen. Bezugspersonen sollten physisch und psychisch in der Lage sein, die Anleitung zu verstehen und umzusetzen. Daher ist eine intensive Schulung, Begleitung und Kontrolle durch Fachkräfte unerlässlich, um Risiken zu minimieren.

13.3:

Hierzu liegt uns keine Evidenz vor.

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)?

14.1 Bei der Anwendung durch Physiotherapeutinnen und -therapeuten?

14.2 Bei der Anwendung durch Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige)?

14.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

14.1 und 14.2:

Psychisch, sozial:

Psychosoziale Störungen, als Folge der Vojta-Therapie werden diskutiert.

Es gibt Mütter / Bezugspersonen, die berichten, dass sowohl das Kind, als auch sie selbst bei der Durchführung der Therapie unter Stress geraten. Dieser Stress könnte die Mutter-Kind-Beziehung im Allgemeinen sowie die Entwicklung der Mutter-Kind-Bindung im Speziellen stören.

14.3:

Hierzu liegt uns keine Evidenz vor.

15. Welche psychischen Belastungen oder direkten Stressreaktionen können Ihrer fachlichen Ansicht nach bei der Durchführung der Vojta-Therapie entstehen?

15.1 Bei Säuglingen und Kindern?

15.2 Bei Bezugspersonen (z. B. Eltern, weiteren Angehörigen)?

15.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

15.1:

Während der Vojta-Therapie (insbesondere bei der Reflexlokomotion) kann sich das Kind nicht frei bewegen. Bei der Durchführung dieser Therapie bei Säuglingen und Kindern können aus fachlicher Sicht daher verschiedene psychische Belastungen oder direkte Stressreaktionen auftreten. Für die Kinder selbst besteht die Möglichkeit, dass sie sich während der Behandlung unwohl, ängstlich oder überfordert fühlen, insbesondere wenn sie auf neue oder ungewohnte Reize reagieren. Stressreaktionen können dann Unruhe, Weinen oder Rückzugsverhalten sein.

15.2:

Bei der Durchführung der Vojta-Therapie (insbesondere bei der Reflexlokomotion) können aus fachlicher Sicht verschiedene psychische Belastungen oder direkte Stressreaktionen auftreten. Zum einen könnten Therapeuten oder Eltern sich durch die anspruchsvolle Technik und die hohe Konzentration, die für eine korrekte Anwendung notwendig ist, gestresst fühlen. Auch die Unsicherheit, ob die Therapie richtig durchgeführt wird, kann zu Stress führen. Zudem besteht die Möglichkeit, dass emotionale Belastungen entstehen, wenn die Therapie auf Widerstand oder Unruhe beim Kind stößt, was bei den Bezugspersonen Frustration oder Unsicherheit hervorrufen kann.

15.3:

Ludewig, Annette und Mähler, Claudia Krankengymnastische Frühbehandlung nach Vojta oder nach Bobath: Wie wird die Mutter-Kind-Beziehung beeinflusst? Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 48 (1999) 5, S. 326-339. https://doi.org/10.23668/psycharchives.11060

Die Ergebnisse legen nahe, dass insbesondere zu Beginn der Behandlung die Krankengymnastik nach Vojta eine erhebliche Belastung für die Mütter darstellt, mit zunehmender Therapiedauer finden sich jedoch keine Unterschiede mehr zwischen Vojta- und Bobath-Methode. Insgesamt regen die Ergebnisse dazu an, psychologische Aufklärung und Unterstützung von Müttern mit Kindern in krankengymnastischer Behandlung bereitzustellen oder zu intensivieren.

Strojek, K.; Wójtowicz, D.; Kowalska, J. Assessment of the Emotional State of Parents of Children Starting the Vojta Therapy in the Context of the Physical Activity—A Pilot Study. Int. J. Environ. Res. Public Health 2022, 19,10691. https://doi.org/10.3390/ijerph191710691

Ziel der Studie war es, den emotionalen Zustand der Eltern zum Zeitpunkt des Beginns der Therapie ihrer Kinder mit der Vojta-Methode im Zusammenhang mit der von den Eltern ausgeübten körperlichen Aktivität zu bewerten. An der Studie nahmen 68 Eltern (37 Mütter und 31 Väter) von Kindern mit zentralen Koordinationsstörungen (CCD) teil, die zur Beratung und Therapie nach der Vojta-Methode kamen. Die verglichenen Gruppen von Müttern und Vätern unterschieden sich nicht signifikant in Bezug auf Alter, Bildung, wirtschaftlichen Status und angegebene körperliche Aktivität. Die gesamte Studiengruppe (n = 68) wies ein hohes Maß an empfundenem Stress (Mittelwert 22,9± 3,6; Median 23,0) und Angst (46,3± 3,8 als Zustand; Median 46,0) auf. Nicht weniger als 84% der befragten Mütter und 77 % der befragten Väter wiesen ein hohes Maß an empfundenem Stress auf. Stimmungsstörungen wurden bei 65 % der Mütter und 52 % der Väter festgestellt. Die häufigsten Sorgen der Eltern von Kindern, bei denen die Vojta-Methode eingeführt werden sollte, waren die Sorge um die Gesundheit ihres Kindes, um die Zukunft ihres Kindes und um die richtige die Verabreichung der Therapie.

16. Hat sich die fachliche Einschätzung hinsichtlich der psychischen Belastbarkeit von Säuglingen und Kindern sowie 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?

Es darf davon ausgegangen werden, dass sich Gesellschaft und die damit einhergehenden Strukturen seit den 1950er Jahren entwickelt haben. Die Abkehr der bis in die unmittelbare Nachkriegszeit vorherrschenden klassischen Millieus, führte allmählich zu eine Transformation der Gesellschaft durch verschiedene Entwicklungsschritte in ihre heutige Gestalt. Damit einhergehend lässt sich auch ein verändertes Verständnis von Mutter- bzw. Eltern-Kind-Bindungen nachvollziehen. Früher stand die psychische Belastbarkeit und Stress von Säuglingen und Kindern weniger im Fokus der Betrachtung. Die Erkenntnisse aus der Entwicklungspsychologie zeigen, dass stressreiche oder unangenehme Behandlungssituationen negative Auswirkungen auf das Kind haben können, insbesondere wenn sie mit Angst, Unwohlsein oder Schmerz verbunden sind.

Müttern ist heutzutage gerade im Säuglingsalter die Entwicklung einer guten Mutter-Kind-Beziehung sehr wichtig. Stress wird zunehmen kritisch betrachtet. Stressvermeidung ist in Zeiten von Überforderung ein viel diskutiertes Thema.

Daneben gehen Lerntheorien davon aus, dass man unter Stress nicht lernen kann. Das führt dazu, das insbesondere Mütter Therapien zunehmend kritisch prüfen und Ihre Kritik auch äußern.

Entwicklungstheorien im Zeitverlauf

Entwicklungstheorien bieten sich in der Frühintervention als handlungsleitende Theorien an, um die sensomotorische Entwicklung eines Säuglings oder Kleinkindes mit einer sensomotorischen Beeinträchtigung oder einem Risiko dafür zu fördern. Bis in die 80er Jahre des letzten Jahrhunderts waren Denken und Handeln weitgehend von der biologischen Reifungstheorie nach Gesell[1] bestimmt. Laut dieser Theorie ist die sensomotorische Entwicklung stark genetisch determiniert, hierarchisch organisiert und primär von angeborenen Reifungsprozessen des Gehirns bestimmt. Die fortschreitende sensomotorische Entwicklung wurde als Resultat einer zunehmenden kortikalen Kontrolle über tieferliegende neuronale Strukturen angesehen. Sie stellte einen zeitlich streng festgelegten Prozess dar. Inkonsistenz und Variabilität in der sensomotorischen Entwicklung wurde als von der Norm abweichend angesehen.[2]

„Der Umwelt und Erfahrung wurde in diesem Prozess keine oder nur eine minimale Rolle zugeteilt. Die ursprüngliche Vorstellung, dass motorisches Verhalten in den ersten Lebensmonaten primär durch angeborene Reflexe bestimmt werden, wurde durch die Erkenntnis, dass die spontane intrinsische Aktivität – eine wesentliche Eigenschaft des Gehirns – das frühe motorische Verhalten prägt, ersetzt[3] .Zu Beginn der 90er Jahre des letzten Jahrhunderts entstanden neue Theorien, welche der Umwelt und Erfahrung eine zentrale Rolle einräumten.“ [4]

Die stete Transformation gesellschaftlicher Realitäten, bindungstheoretischer Erkenntnisse sowie psycho-sozialer Entwicklungen und Notwendigkeiten, verlangt eine stete Anpassung therapeutischer Konzepte und Methoden, deren Kern die besondere Berücksichtigung insbesondere psychischer und sozialer Entwicklungsfaktoren ist.

Inwieweit die Vojta-Therapie sich hier verändert hat, kann nicht sicher beurteilt werden. Hierzu müssten alle Curricula der Vojta-Therapie seit Entwicklung der Vojta-Therapie in den 1950er bis 1970er Jahren gesichtet und unter Einbezug von Entwicklungstheorien im Zeitverlauf beurteilt werden.

[1] Gesell AL Maturation and the pattering of behavior In: Murchison C, Ed A hand-book of child psycology, 2 Ed
Worcester: Clark University Press; 1933
[2] Akhbari Ziegler, S., M Hadders-Algra, M. (2020). **Das »Infant Motor Profile«** Eine Methode zur Entwicklungsbeurteilung, Planung der Frühintervention und Vorhersage der Entwicklung. pädiatrische praxis 94, 39–49 (2020) Mediengruppe Oberfranken – Fachverlage GmbH & Co KG, S. 39 ff.
[3] Hadders-Algra M Early human motor development: from variation to the ability to vary and adapt Neurosci BiobehavRev 2018; 90: 411–427
[4] Akhbari Ziegler, S., M Hadders-Algra, M. (2020). **Das »Infant Motor Profile«** Eine Methode zur Entwicklungsbeurteilung, Planung der Frühintervention und Vorhersage der Entwicklung. pädiatrische praxis 94, 39–49 (2020) Mediengruppe Oberfranken – Fachverlage GmbH & Co KG, S. 41

FRAGEBOGEN
Überprüfung der Heilmittel-Richtlinie hinsichtlich der Regelungen zur Krankengymnastik zur Behandlung von ZNS-Erkrankungen

Gemeinsamer Bundesausschuss

Deutschsprachigen Medizinische Gesellschaft für Paraplegiologie	06.06.2025

Teil I Allgemeine Fragen zur Vojta-Therapie

1. Welche wesentlichen Wirkprinzipien liegen Ihrer fachlichen Ansicht nach der Vojta-Therapie zugrunde?

1.1 Welche der genannten Wirkprinzipien sind für die Behandlung von Erkrankungen des zentralen Nervensystems (einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen) relevant?

1.2 Gibt es hinsichtlich der Wirkprinzipien Unterschiede in der Behandlung von Säuglingen und Kindern und Erwachsenen?

1.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

Bitte geben Sie hier Ihre Antwort ein.

Zu 1.1. Wesentliches Prinzip der Vojta-Therapie ist die Induzierung von reflexbasierten Bewegungsabläufen durch Applikation von Druckstimuli (Berührungs- und propriozepzive Reize), um hierüber eine Spastikreduktion und eine Verbesserung der Motorik zu erreichen.

Zu 1.2 Die grundsätzlichen Wirkprinzipien der Vojta-Therapie sind im Wesentlichen unabhängig davon, ob es sich um Säuglinge, Kinder oder Erwachsene handelt.

Zu 1.3 Eine jüngst veröffentlichte systematische Übersichtsarbeit verschafft einen guten Überblick über Wirkprinzipien und Evidenz der Vojta-Therapie bei Säuglingen, Kindern und Erwachsenen: Sanchez-Gonzalez et al, Frontiers in Neurology, 2024. Ausserdem Novak et al, *Curr Neurol Neurosci Rep* 2020

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?

2.1 Entspricht die Behandlung nach dem Vojta-Konzept dem heutigen allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse?

2.2 Gibt es zu dem derzeit praktizierten Vojta-Konzept aktuelle relevante Unterlagen und Dokumente (z. B. Curricula, Anleitungen für Bezugspersonen, Aufklärungen etc.) und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

Bitte geben Sie hier Ihre Antwort ein.

Zu 2. Nach unserem Kenntnisstand hat sich die Vojta-Therapie in wesentlichen therapeutischen Aspekten nicht verändert.

Zu 2.1 Dem Behandlungsspektrum der Fachgesellschaft DMGP entsprechend kann lediglich zur Behandlung Erwachsener mit traumatischer und nicht-traumatischer Querschnittlähmung Stellung genommen werden. In einer entsprechenden AWMF-Leitlinie (179-009: Rehabilitation der unteren Extremität, der Steh- und Gehfunktion bei Menschen mit Querschnittlähmung) der DMGP) gibt es eine Konsensus-Empfehlung zur Physiotherapie auf neurophysiologischer Basis, welche PNF, Bobath und Vojta-Therapie beinhaltet: „Physiotherapie auf neurophysiologischer Basis soll bei Menschen mit einer QSL in allen Phasen in den gesamten Therapieprozess integriert werden, um Tonus, Schmerzen, Gelenkbeweglichkeit, Koordination und motorisches Lernen bei Menschen mit QSL in der akuten, subakuten und chronischen Phase zu verbessern“. Bei nicht vorhandener Evidenz konnten auch keine Evidenz-basiserte Empfehlungen formuliert werden. Hierbei ist anzumerken, dass die Vojta-Therapie bezogene Empfehlung nicht Evidenz-basiert ist, sondern v.a. auf ausdrücklichen Hinweis Betroffener, die an der Leitlinienerstellung beteiligt wurden, zurückzuführen ist. Schliesslich ist die Vojta-Therapie gemäß Heilmittelkatalog eine von 3 physiotherapeutischen Interventionsmöglichkeiten (neben PNF und Bobath-Therapie) bei Erkrankungen des Zentralnervensystems.

Zu 2.2 Jenseits der entsprechenden Ausbildungsangebote für PhysiotherapeutInnen, sind uns keine diesbezüglichen Curricula, Anleitungen für Bezugspersonen oder Aufklärungen bekannt

3. Wird die Vojta-Therapie heute noch als eigenständige Therapieform angewandt, oder wird sie in der Praxis zunehmend mit anderen Konzepten kombiniert?

3.1 Falls sie kombiniert wird: Mit welchen anderen Therapieansätzen wird sie häufig verknüpft?

3.2 Gibt es Evidenz zur Wirksamkeit dieser kombinierten Ansätze?

Bitte geben Sie hier Ihre Antwort ein.

Zu 3. Im Kontext der umfassende Versorgung von Querschnittgelähmten in Deutschprachigen Querschnittgelähmtenzentren gibt es keine gezielten Erhebungen, welche belastbare Informationen darüber gibt, ob die Vojta-Therapie in diesem Bereich als „eigenständige Therapieform" angewendet wird. Grundsätzlich ist davon auszugehen das zumindest Elemente der Vojta-Therapie noch Bestandteil des physiotherapeutische Methodenspektrums in einigen Querschnittgelähmtenzentren darstellt.

Zu 3.1 Das Therapie Konzept Vojta kann mit allen anderen klassischen Therapiekonzepten und Methoden in der Physiotherapie kombiniert werden. Ebenfalls besteht die Möglichkeit die Vojta Therapie mit neuromodulativen Behandlungsansätzen wie der transkutanen Rückenmarkstimulation zu kombinieren. Es liegt jedoch keine evidenzbasierte wissenschaftliche Publikation hierfür vor. Es gibt jedoch Literatur, die bei Menschen nach Schlaganfall den multimodalen Behandlungsansatz belegen. Da es sich sowohl beim Menschen nach Querschnittlähmung (häufig) als auch bei Menschen nach einem Schlaganfall um eine Schädigung des Zentralnervensystems handelt, ist der untersuchte Ansatz prinzipiell vergleichbar (Pollock A, Baer G, Campbell P, Choo PL, Forster A, Morris J, Pomeroy VM, Langhorne P. Physical rehabilitation approaches for the recovery of function and mobility following stroke. The Cochrane Library. 2014 Jan 1., Pollock A, Baer G, Pomeroy VM, Langhorne P. Physiotherapy treatment approaches for the recovery of postural control and lower limb function following stroke. The Cochrane Library. 2007 Jan 1).

Zu 3.2 In einer Übersichtsarbeit (van Hedel Swiss Medical Weekly 2012) ist dargelegt, dass keine Evidenz für die Behandlung Querschnittgelähmter mit Vojta allein oder in Kombination vorliegt („evidence for the efficacy of Vojta in patients with SCI does not exist"). Für neurologische Erkrankungen allgemein existieren 3 randomisierte kontrollierte Studien an Multiple Sklerose-und Schlaganfallpatienten, die geringe Effekte (Vojta-Therapie + „konventionelle" Therapie) in Bezug auf Balance und Gehen beschreiben (zusammengefasst in Sanchez-Gonzalez Frontiers Neurol 2024)

.

4. Bei welchen Erkrankungen des zentralen Nervensystems (einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen) sollte Ihrer fachlichen Ansicht nach die Vojta-Therapie angewendet werden?

4.1 Indikationen bei Säuglingen und Kindern?

4.2 Indikationen bei Erwachsenen?

Bitte geben Sie hier Ihre Antwort ein.

Zu 4.1 Keine relevante Patientengruppe in der umfassenden Behandlung Querschnittgelähmter an Querschnittgelähmtenzentren, deshalb kann diesbezüglich keine Aussage getroffen werden.

Zu 4.2 Es ist vorstellbar, bestimmte Elemente der Vojta-Therapie (reflektorische Bewegungen im Allgemeinen, Reflex-Lokomotion im Besonderen) losgelöst vom umfassenden Vojta-Konzept in die physiotherapeutische Methodik bei Querschnittlähmung zu integrieren.

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)?

5.1 Kontraindikationen bei Säuglingen und Kindern?

5.2 Kontraindikationen bei Erwachsenen?

Bitte geben Sie hier Ihre Antwort ein.

Zu 5.1 Keine relevante Patientengruppe in der umfassenden Behandlung Querschnittgelähmter an Querschnittgelähmtenzentren, deshalb kann diesbezüglich keine Aussage getroffen werden.

Zu 5.2 Bei -Erwachsenen mit Querschnittlähmung gibt es formal betrachtet keine richtiggehende Kontraindikation.

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?

6.1 Bitte beschreiben Sie diese Bestandteile näher.

6.2 Gibt es einen Unterschied in der Behandlung von Säuglingen und Kindern und Erwachsenen?

6.3 Welcher Anteil der Therapie wird bei der Behandlung von Physiotherapeutinnen und -therapeuten erbracht und welcher Anteil der Therapie ist von den Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige) durchzuführen?

6.3.1 Bei Säuglingen und Kindern?

6.3.2 Bei Erwachsenen?

Bitte geben Sie hier Ihre Antwort ein.

Zu 6.1 Vor Beginn der Therapie muss der neurologische Status genau beurteilt werden. Dazu gehören die Tonusverteilung, die Haltungsmuster, die Reflexaktivitäten und die Spontanmotorik. Auf dieser Grundlage wird die Therapie geplant. Die Stimulation erfolgt in definierten Ausgangsstellungen, um Reflexe zu aktivieren. Dabei müssen exakt festgelegte Zonen mit definierter Druckrichtung und -stärke stimuliert werden. Für den Erfolg der Therapie ist eine hohe Wiederholungsfrequenz entscheidend. Eine genaue Durchführung ist für den Erfolg der Vojta-Therapie wichtig. Abweichungen können deren Wirksamkeit abschwächen. Wichtig für die Therapie sind zudem die interdisziplinäre Einbettung und regelmäßige Verlaufskontrollen. Die Therapie sollte in ein Behandlungskonzept eingebettet sein, das regelmäßige Verlaufsbeurteilungen und Anpassungen des Therapieplans umfasst. Da die Therapie oft mehrmals täglich durchgeführt wird, müssen die Bezugspersonen einbezogen werden.

Zu 6.2 Ja. Der Unterschied besteht im Handling und dem aktiven Miteinbezug der Patienten. Ausserdem bedarf es häufig einer Anpassung von den Ausgangsstellungen, die beim Erwachsenen nicht immer einnehmbar sind . Die praktische Ausführung bleibt gleich. Häufig sind beim Erwachsenen die Zielsetzungen unterschiedlich, die ist aber in jeder Therapiefform der Fall und muss individuell vor Begin der Behandlungsserie definiert werden.

Zu 6.3 Bei Erwachsenen wird die Vojta-Therapie ausschliesslich von PhysiotherapeutInnen durchgeführt.

7. Gibt es Ihrer fachlichen Ansicht nach physiotherapeutische Behandlungsalternativen zur Therapie nach Vojta bei Erkrankungen des zentralen Nervensystems?

7.1 Bei Säuglingen und Kindern?

7.2 Bei Erwachsenen?

Bitte geben Sie hier Ihre Antwort ein.

Zu 7.1 Keine relevante Patientengruppe in der umfassenden Behandlung Querschnittgelähmter an Querschnittgelähmtenzentren, deshalb kann diesbezüglich keine Aussage getroffen werden.

Zu 7.2 Ja. Bei Querschnittlähmung etablierte und konsentierte physiotherapeutische Verfahren (hauptsächlich basierend auf Kraft- uns Ausdauertraining und Prinzipien des motorischen Lernens) sind in der AWMF-Leitlinie (179-009: **Rehabilitation der unteren Extremität, der Steh- und Gehfunktion bei Menschen mit Querschnittlähmung)** der DMGP aufgeführt**.**

8. Welche Rolle/Bedeutung haben Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige) Ihrer fachlichen Ansicht nach im Behandlungskonzept der Vojta-Therapie und nach welchen Entscheidungskriterien/Kontraindikationen werden Bezugspersonen aktiv in die Behandlung einbezogen (z. B. selbstständige Durchführung im häuslichen Umfeld)?

8.1 Bei Säuglingen und Kindern?

8.2 Bei Erwachsenen?

Bitte geben Sie hier Ihre Antwort ein.

Zu 8.1 Keine relevante Patientengruppe in der umfassenden Behandlung Querschnittgelähmter an Querschnittgelähmtenzentren, deshalb kann diesbezüglich keine Aussage getroffen werden.

Zu 8.2 Keine.

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?

9.1 Bei Säuglingen und Kindern?

9.2 Bei Erwachsenen?

Zu 9.1 Keine relevante Patientengruppe in der umfassenden Behandlung Querschnittgelähmter an Querschnittgelähmtenzentren, deshalb kann diesbezüglich keine Aussage getroffen werden.

Zu 9.2 Nicht erforderlich.

10. Welche Mechanismen oder Protokolle existieren, um mögliche unerwünschte Wirkungen frühzeitig und auch im Langzeitverlauf zu erkennen und zu dokumentieren?

10.1 Bei der Anwendung durch Physiotherapeutinnen und -therapeuten?

10.2 Bei der Anwendung durch Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige)?

10.3 Gibt es hierzu relevante Unterlagen/Dokumente und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

Zu 10.1 Lediglich die Verlaufsdokumentation in der analogen oder digitalen Patientenakte.

Zu 10.2 Keine

Zu 10.3 Keine bekannt.

Teil II Besondere Fragen zur Vojta-Therapie bei Säuglingen und Kindern

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich ausschließlich auf die Behandlung von Erkrankungen des zentralen Nervensystems (einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen) bei der Durchführung der Vojta-Therapie bei Säuglingen und Kindern.

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)?

Keine relevante Patientengruppe in der umfassenden Behandlung Querschnittgelähmter an Querschnittgelähmtenzentren, deshalb kann diesbezüglich keine Aussage getroffen werden.

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?

12.1 Wenn ja, bitte beschreiben Sie diese näher.

12.2 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

Keine relevante Patientengruppe in der umfassenden Behandlung Querschnittgelähmter an Querschnittgelähmtenzentren, deshalb kann diesbezüglich keine Aussage getroffen werden.

13. Besteht Ihrer fachlichen Ansicht nach bei der unmittelbaren Anwendung der Vojta-Therapie bei Säuglingen und Kindern ein daraus folgendes Schädigungspotenzial?

13.1 Bei der Anwendung durch Physiotherapeutinnen und -therapeuten?

13.2 Bei der Anwendung durch Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige)?

13.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

Keine relevante Patientengruppe in der umfassenden Behandlung Querschnittgelähmter an Querschnittgelähmtenzentren, deshalb kann diesbezüglich keine Aussage getroffen werden.

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)?

14.1 Bei der Anwendung durch Physiotherapeutinnen und -therapeuten?

14.2 Bei der Anwendung durch Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige)?

14.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

Keine relevante Patientengruppe in der umfassenden Behandlung Querschnittgelähmter an Querschnittgelähmtenzentren, deshalb kann diesbezüglich keine Aussage getroffen werden.

15. Welche psychischen Belastungen oder direkten Stressreaktionen können Ihrer fachlichen Ansicht nach bei der Durchführung der Vojta-Therapie entstehen?

15.1 Bei Säuglingen und Kindern?

15.2 Bei Bezugspersonen (z. B. Eltern, weiteren Angehörigen)?

15.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

Keine relevante Patientengruppe in der umfassenden Behandlung Querschnittgelähmter an Querschnittgelähmtenzentren, deshalb kann diesbezüglich keine Aussage getroffen werden.

16. Hat sich die fachliche Einschätzung hinsichtlich der psychischen Belastbarkeit von Säuglingen und Kindern sowie 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?

Keine relevante Patientengruppe in der umfassenden Behandlung Querschnittgelähmter an Querschnittgelähmtenzentren, deshalb kann diesbezüglich keine Aussage getroffen werden.

BOBATH ZUKUNFT! e.V.
Lehrende in der Neuropädiatrie

Geschäftsstelle: c/o Ines Bicha
Im Gaessle 7
76229 Karlsruhe
www.bobath-zukunft.de
vorstand@bobath-zukunft.de

Bobath Zukunft! e.V. * c/o I. Bicha * Im Gaessle 7 * 76229 Karlsruhe

Gemeinsamer Bundesausschuss
Abteilung Methodenbewertung und veranlasste Leistungen
Gutenbergstr. 13
10587 Berlin

Datum 09.06.2025

Antwortschreiben
Überprüfung der Heilmittel-Richtlinien hinsichtlich der Regelungen zur Krankengymnastik zur Behandlung von ZNS-Erkrankungen

Sehr geehrter Herr Hellbrandt,
sehr geehrte Frau Rip,

Als Gemeinschaft der Lehrenden des Bobath Konzeptes in der Pädiatrie wurden wir von Ihnen um Unterstützung bzgl. eines Beratungsverfahrens zur Überprüfung der Heilmittel-Richtlinie KG-ZNS-Kinder, gebeten.
Wir danken Ihnen an dieser Stelle für ihr Vertrauen und reichen den von unserer Arbeitsgruppe (Dr. med. A. Enders, Dr. med. S. Kroner, K. Munsch, B. Keller-Rudyck) bearbeiteten Fragenkatalog an Sie ausgefüllt zurück.
Die Beantwortung der Fragen und die inhaltlichen Informationen basieren auf aktuellen neuro- wissenschaftlichen Erkenntnissen aus der Forschung und Literatur.

Für weitere Fragen stehen wir Ihnen sehr gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Ines Bicha
Rolf Noergaard
Dr. Sabine Kroner
(Vorstand)

FRAGEBOGEN
Überprüfung der Heilmittel-Richtlinie hinsichtlich der Regelungen zur Krankengymnastik zur Behandlung von ZNS-Erkrankungen

Gemeinsamer Bundesausschuss

Bobath Zukunft! e.V. 07.06.2025

Teil I Allgemeine Fragen zur Vojta-Therapie

1. Welche wesentlichen Wirkprinzipien liegen Ihrer fachlichen Ansicht nach der Vojta-Therapie zugrunde?

1.1 Welche der genannten Wirkprinzipien sind für die Behandlung von Erkrankungen des zentralen Nervensystems (einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen) relevant?

1.2 Gibt es hinsichtlich der Wirkprinzipien Unterschiede in der Behandlung von Säuglingen und Kindern und Erwachsenen?

1.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

1.1 Die Vojta-Therapie basiert auf der Vorstellung eines hierarchisch organisierten Modells von Reifung und Entwicklung des menschlichen Zentralnervensystems (ZNS). Prof. Vojta ging von der Vorstellung aus, dass das kindliche motorische Nervensystem vorrangig reflexogen arbeite, streng hierarchisch organisiert sei und die funktionelle Entwicklung einem kontinuierlichen Prozess von Entwicklungsschritten in konstanter Reihenfolge unterliege (reflexogene Entwicklung – deterministisches Entwicklungskonzept). Dies impliziert die Vorstellung, dass basale Bewegungsprogramme (pattern) erst stufenweise durchlaufen sein oder wiederholt stimuliert werden müssen, bevor reifere Stadien der Bewegungsentwicklung erreichbar sind. So entwickelte sich das Prinzip der sog. „Reflexlokomotion“: In bestimmten gehaltenen Ausgangspositionen – „Reflexkriechen“ in Bauchlage, „Reflexumdrehen“ in Rücken- oder Seitlage – werden genau festgelegte Stimulationszonen an Rumpf, Armen und Beinen in dreidimensionaler Richtung manuell gedrückt, um damit einen propriozeptiven Reiz zu setzen und genau definierte motorische Reaktionen auszulösen (Vojta und Peters 2007).

Prof. Vojta nahm an, dass es beim Patienten durch wiederholtes Auslösen dieser „reflexartigen“ Bewegungen zu „Freischaltungen“ oder „Neubahnungen“ innerhalb funktionell blockierter nervlicher Netzwerke zwischen Gehirn und Rückenmark kommt. Quelle: https://www.vojta.com/de/vojta-prinzip/vojta-therapie.com - (abgerufen am 31.05.2025). Damit verbunden war das Postulat eines „heilenden“ Effekts dieses therapeutischen Vorgehens. Die Übungen sollten deshalb mit den Patienten repetitiv mehrmals täglich (optimalerweise mindestens 4x/d) durch ein Elternteil bzw. den Partner wiederholt durchgeführt werden.

Der Therapieschwerpunkt liegt auf der Körperfunktionsebene (ICF). Hypothetische Annahme: Wenn die motorische Entwicklung bei Risiko-Kindern in die richtigen Bahnen gelenkt sei, würden sich daraus auch positive Effekte für andere Entwicklungsbereiche ergeben.

Weitere neurobiologische Wirkprinzipien zur motorischen Entwicklung des Kindes oder Reorganisation motorischer Funktionen beim Erwachsenen bleiben in der Begründung der Vojta-Therapie unberücksichtigt. (Ausführungen dazu siehe 2.1 a – 2.1 d)

Literatur:

Vojta V. und Peters A. (2007). Das Vojta Prinzip: Muskelspiele in Reflexfortbewegung und motorische Ontogenese. Springer Verlag Berlin

Vojta V. (1981). Die zerebralen Bewegungsstörungen im Säuglingsalter – Frühdiagnostik und Frühtherapie. 3. Neubearbeitete Aufl. Enke Verlag Stuttgart

1.2. Hinsichtlich der postulierten Wirkprinzipien gibt es nach unserem Wissen keine Unterschiede.

Allerdings gilt es zu bedenken, welchen kritischen Nebeneffekt die am Kind erfolgten Therapiemaßnahmen im subjektiven Erleben des Kindes hinterlassen können. Wir wissen, dass beim jungen Kind bereits früh erlebte sensorische Empfindungen im sog. limbischen System eng mit dem emotionalen Erlebenskontext verknüpft werden und darüber eine subjektive Wertung und emotionale Prägung erhalten („emotionales Erfahrungsgedächtnis“). Sie sind einer bewussten kognitiven Verarbeitung und Reflexion, zu der das ältere Kind oder der Erwachsene vielleicht fähig ist, noch nicht zugängig.

Neurophysiologische Erklärung: Das kindliche Gehirn leitet jeden erfahrenen peripheren Sinnes-Reiz (Geruch, Geschmack, Berührung, Körperkontakt u.a.) assoziiert auf dem Weg zum Thalamuskern („Tor zum Bewusstsein“) ins

limbische System. Das limbische System erfüllt die Aufgabe, zu entscheiden, in welchem emotionalem (affektivem) Zustand eine bestimmte sensorische Erfahrung erlebt wird. Dort wird der empfundene Reiz zusammen mit dem primären Erlebenskontext gespeichert und emotional als angenehm und nach Wiederholung strebend bewertet oder als unangenehm, Stress-assoziiert und daher als zu vermeidende bzw. abzuwehrende Erfahrung eingeordnet. Durch diese subjektiv erlebte Konnektion wird jeder empfundene Sinnes-Reiz im ZNS zur individuellen, subjektiv geprägten Sinnes-Wahrnehmung. Dieses frühe Erleben prägt sich beim Kind bereits in das unterbewusste emotionale Erfahrungsgedächtnis ein. Über den sog. Hippocampus werden die erfolgten emotionalen Zuschreibungen und Benotungen in das Langzeitgedächtnis überführt und im autobiographischen Gedächtnis gespeichert.

Literatur:

Michaelis R., Niemann G. (2010). Entwicklungsneurologie und Neuropädiatrie, 5. Aufl.; Thieme Verlag Stuttgart. S. 22-33

Bear M.F., Connors B.W., Paradiso M.A. (2009) Neurowissenschaften. Ein grundlegendes Lehrbuch für Biologie, Medizin und Psychologie. 3. Aufl. Spektrum Akademischer Verlag Heidelberg. Bes. Kapitel 14 und 15

1.3 Der postulierte „kurative“ Effekt konnte bislang weder klinisch noch wissenschaftlich eindeutig belegt werden. Das menschliche Gehirn ist zu komplex angelegt, um sich ausschließlich auf reflektorischer Ebene erklären zu lassen.

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?

2.1 Entspricht die Behandlung nach dem Vojta-Konzept dem heutigen allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse?

2.2 Gibt es zu dem derzeit praktizierten Vojta-Konzept aktuelle relevante Unterlagen und Dokumente (z. B. Curricula, Anleitungen für Bezugspersonen, Aufklärungen etc.) und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

2. In den Grundannahmen und im theoretischen Erklärungsmodell hat sich unserer fachlichen Ansicht nach keine Veränderung ergeben, die Konsequenzen für das therapeutische Vorgehen nach sich gezogen hätte. Die Beurteilung der Spontanmotorik wird allerdings mancherorts für die neurologische Beurteilung ergänzend zu den Lagereaktionen mit einbezogen. Die folgenden wissenschaftlichen Erkenntnisse haben in der Vojta-Therapie keinen Niederschlag gefunden.

Die Beantwortung von Frage 2.1 haben wir in weitere Aspekte (2.1 a bis 2.1 d) untergliedert:

2.1 a Bezug nehmend auf das zugrunde liegende Entwicklungsmodell:

Das der Vojta-Therapie zugrundeliegende Entwicklungsmodell postuliert, über die Reflexlokomotion eine direkte korrigierende Einwirkung auf basale Funktionen des ZNS nehmen und darüber eine normale Entwicklung höherer Funktionen ermöglichen zu können. Diese Wirkung sei ein Spezifikum der Therapiemethode. Es liegt die paradigmatische Annahme zugrunde, die kindliche Entwicklung verlaufe in strenger zeitlicher und funktioneller Ordnung - weitgehend hierarchisch organisiert. Diese Annahmen sind nach aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen nicht mehr haltbar.

Diese Betrachtungsweise lässt außer Acht, dass Entwicklung immer das Resultat aus dem engen Zusammenwirken genetischer Veranlagung und prägender Einflussfaktoren des interaktiven sozial-emotionalen, kulturellen und strukturellen Entwicklungsumfelds eines Kindes ist und diese Faktoren sich wechselseitig beeinflussen.

Individuelle Variabilitäten oder Abweichungen von der stufenweisen Entwicklungsfolge wurden in der Vojta-Diagnostik defizitorientiert als Pathologie gewertet und als Gefährdung des gesamten Entwicklungsgeschehens beurteilt. Es war lange von der „idealmotorischen“ Entwicklung die Rede. Die Vojta-Diagnostik und -Therapie stellt nahezu ausschließlich die neuromotorischen Funktionen in den zentralen Mittelpunkt der Entwicklungsbeurteilung. Andere Einflussparameter der kindlichen Entwicklung (wie z.B. Sehen, Vigilanz, genuine Neugier, Aufmerksamkeit, kommunikative Fähigkeiten, u.a.) werden nicht differenziert berücksichtigt und im therapeutischen Prozess adressiert.

Literatur:

Vojta V. (1988) Die zerebralen Bewegungsstörungen im Säuglingsalter. 5. Aufl. Enke Verlag Stuttgart

Vojta V. und Schweizer E. (2009) Die Entdeckung der idealen Motorik. Pflaum Verlag

Schlack H.-G. (1998) Welche Behandlung nützt behinderten Kindern? Kirchheim Verlag Mainz

Braun K. (2004) Wie Gehirne laufen lernen. Magdeburger Wissenschaftsjournal 2/2004

2.1 b Bezug nehmend auf Erkenntnisse zu Haltungskontrolle und Bewegungssteuerung:

Die Kontrolle menschlicher Haltung und Bewegung setzt ein unglaublich komplexes System aus neurogenen, muskuloskelettalen und sensiblen Komponenten voraus und wird noch von einer Vielzahl anderer Faktoren beeinflusst. Die dynamische Systemtheorie von Shumway-Cook und Woollacott geht davon aus, dass Bewegungskontrolle und posturale Kontrolle aus der Interaktion des Individuums mit der jeweiligen Aufgabe und der Umgebung entsteht. Die Möglichkeit über Versuch-Irrtum-Prozesse ein variables und adaptives Bewegungsrepertoire zu entwickeln bildet die Grundlage für Kinder mit und ohne Bewegungsbeeinträchtigung, Bewegungsschemata für ein erfolgreiches Handeln auszuformen. Insbesondere weist eine antizipatorische (ggü. einer kompensatorischen und damit reaktiven) Haltungskontrolle, für die selbstintendierte Bewegungen notwendig sind, eine stabilere und nachhaltigere Entwicklung auf.

Eine Besonderheit im Rahmen der Vojta-Therapie ist, die frühe Vertikalisierung von Kindern zu unterbinden. Dies widerspricht Erkenntnissen aus unterschiedlichen Gründen: Entwicklung der positionsbezogenen Haltungskontrolle, Entwicklung der zentralen Wachheit und Möglichkeit der visuellen Kontrolle eigener Handlungen und Umfeldgegebenheiten.

Literatur:

Hadders-Algra M., Brogren Carlberg, E. (2008). Postural control: a key issue in developmental disorders. Clinics in Developmental Disorders No 179. Mc Keith Press London

Hadders-Algra M. (2018). Early human motor development: From variation to the ability to vary and adapt. In: Neuroscience and Biobehavioral Reviews 90, S. 411- 427.

Hirschfeld H. (2007). Motor control and every day motor tasks. Guidance for neurological rehabilitation. In: Physiology and Behavior 92, S 161-166.

Reddy V, Markova G, Wallot S. (2013). Anticipatory adjustments to being picked up in infancy. In: PloS one 8 (6), e65289.

Shumway-Cook A. und Woollacott M.H. (2017). Motor Control – Translating Research into Clinical Practice. 5. Aufl. Wolters Kluwer.

2.1 c Bezug nehmend auf Erkenntnisse zum motorischen Lernen:

Das limbische System spielt beim Lernen und in der kindlichen Entwicklung eine wesentliche Rolle. Es ist entscheidend für Lernen und Gedächtnisleistung und beeinflusst gleichzeitig Emotionen und neurovegetative Reaktionen maßgeblich. Motorisches Lernen wird in den Kategorien Performanz (Ausführung), Retention (Behaltensleistung), Adaptabilität (Anpassungsfähigkeit) und Transfer (Übertragungsleistung) beschrieben. Dieses benötigt, wie auch Lernen in anderen Dimensionen, selbstintendierte Bewegungsausführung, Motivation und geringes Stressniveau.

Alltagsbezogene Therapie ermöglicht die Adaptabilität von Bewegungsausführungen und sichert die notwendigen variablen Wiederholungen von neu erlernten Bewegungen im Alltag.

Literatur:

Ohrt B. (2006). Motorisches Lernen und seine Beziehung zu weiteren Dimensionen der kindlichen Entwicklung. In: Frühförderung Interdisziplinär 25, S. 145–158.

Schmidt R.A., Lee T.D., Winstein C.J., Wulf G., Zelaznik H.N. (2019). Motor control and learning. A behavioral emphasis. 6. Aufl. Champaign, IL: Human Kinetics

Wulf G. (2009) Aufmerksamkeit und motorisches Lernen. Urban & Fischer Verlag München

2.1 d Bezug nehmend auf Erkenntnisse zur Bindungsentwicklung:

Das Kind selbst ist bereits ab Geburt in besonderem Maß an sozialer Interaktion interessiert. Schon das Neugeborene orientiert sich an seinen Bindungspersonen, ahmt nach und sucht aktiv den Kontakt – es ist schon früh selbstbestimmter Akteur seiner Entwicklung. Geleitet von seiner angeborenen Motivation und Neugier wählt es selektiv aus, womit es sich beschäftigen will. Die eigenaktiv genutzten Verknüpfungen im Netzwerk der Nervenzellen werden im Entwicklungsprozess gefestigt, nicht genutzte gehen wieder verloren. Lernprozesse bedürfen einer Atmosphäre der Geborgenheit und des Zutrauens, in der sich das Kind den Herausforderungen an der Leistungsgrenze vielfältig und wiederholt stellen kann. Die kindliche Eigenmotivation, (geteilte) Freude an Wiederholungen, Ansporn von außen, gemeinsame Rituale festigen die kindlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten des Handelns und der Kommunikation und etablieren sie im Alltag.

Aus neurobiologischer Sicht wird die Wechselwirkung von Stressregulation und Bindung durch frühkindliche Belastungsfaktoren beschrieben.

Literatur:

Brazelton T.B. (2008). Der kompetente Säugling – sein mächtiger Einfluss auf die Eltern-Kind-Bindung. In: Brisch K-H., Hellbrügge Th. (Hrsg.) Der Säugling – Bindung, Neurobiologie und Gene. Grundlagen für Prävention, Beratung und Therapie. Klett-Cotta Stuttgart. S. 207-224.

Roth G., Eggle U.T. (2016). Neurobiologie von Schmerz und Stress. Die Bedeutung emotionaler Vernachlässigung und psychischer Traumatisierung in der Kindheit. Beitrag Themenheft „Stress-induzierte Hyperalgesie“ In: Ärztliche Psychotherapie und Psychosomatische Medizin 3/2016.

Strüber N. (2016) Die erste Bindung – wie Eltern die Entwicklung des kindlichen Gehirns prägen. Klett-Cotta Stuttgart S. 39-71

Strüber N. (2019) Risiko Kindheit. Klett-Cotta Stuttgart. S. 31-127.

2.2 Entzieht sich unserer Kenntnis

3. Wird die Vojta-Therapie heute noch als eigenständige Therapieform angewandt, oder wird sie in der Praxis zunehmend mit anderen Konzepten kombiniert?

3.1 Falls sie kombiniert wird: Mit welchen anderen Therapieansätzen wird sie häufig verknüpft?

3.2 Gibt es Evidenz zur Wirksamkeit dieser kombinierten Ansätze?

Entzieht sich unserer Kenntnis

4. Bei welchen Erkrankungen des zentralen Nervensystems (einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen) sollte Ihrer fachlichen Ansicht nach die Vojta-Therapie angewendet werden?

4.1 Indikationen bei Säuglingen und Kindern?

4.2 Indikationen bei Erwachsenen?

4.1 Nach unserer fachlichen Ansicht gibt es keine Indikation, bei der die Vojta-Therapie anderen Therapien gegenüber überlegen wäre.

4.2 Entzieht sich unserer Kenntnis

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)?

5.1 Kontraindikationen bei Säuglingen und Kindern?

5.2 Kontraindikationen bei Erwachsenen?

5.1 Als Kontraindikation werden in Vojta-Lehrbüchern (siehe 1.1) angegeben:

Patienten mit auslösbaren zerebralen Krampfanfällen, mit akuten entzündlichen Erkrankungen sowie Herzmuskelerkrankungen

Nach unserer fachlichen Ansicht ist besondere Vorsicht in der Reizdosierung in folgenden Fällen geboten: Kinder mit Osteoporose, mit Glasknochenerkrankung, Spina bifida oder peripheren Paresen.

Kontraindikation aus unserer fachlichen Sicht:

Kinder mit frühen Regulationsstörungen sowie in der Anwendung durch psychisch belastete oder erkrankte Eltern, Kinder in sehr frühen Lebensphasen, Kinder nach SHT, Kinder mit kognitivem Förderbedarf.

5.2 Schwangere Patienten

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?

6.1 Bitte beschreiben Sie diese Bestandteile näher.

6.2 Gibt es einen Unterschied in der Behandlung von Säuglingen und Kindern und Erwachsenen?

6.3 Welcher Anteil der Therapie wird bei der Behandlung von Physiotherapeutinnen und -therapeuten erbracht und welcher Anteil der Therapie ist von den Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige) durchzuführen?

6.3.1 Bei Säuglingen und Kindern?

6.3.2 Bei Erwachsenen?

6.1 Sowohl nach Lage der internationalen Veröffentlichungen als auch unserer fachlichen Kenntnis nach gibt es keine Elemente der Vojta-Therapie, die unbedingt erforderlich sind und anderen Therapieansätzen vorzuziehen wären.

7. Gibt es Ihrer fachlichen Ansicht nach physiotherapeutische Behandlungsalternativen zur Therapie nach Vojta bei Erkrankungen des zentralen Nervensystems?

7.1 Bei Säuglingen und Kindern?

7.2 Bei Erwachsenen?

7.1 Alle Therapien, die für kindliche Entwicklung und motorischem Lernen die Prinzipien von Eigenaktivität / Intentionalität von Bewegungen, die Motivation und emotionale Färbung der Förderangebote sowie die Bindung zu Hauptbezugspersonen als größten Schutzfaktor kindlicher Entwicklung berücksichtigen. (siehe Ausführungen unter 2.1)

Zitat Schlack 2015: „Jede therapeutische Intervention muss sich daran messen lassen, ob sie die Eigenaktivität des Kindes unterstützt oder aber blockiert. Konkret kann das z. B. bedeuten: ein Kind beim Spiel zu beobachten, anstatt ihm ständig Vorgaben zu machen; dabei seine Aktivität aufmunternd zu kommentieren und durch körperliche Nähe dem Kind das Gefühl von Sicherheit und Teilnahme zu geben, ohne es aber reglementierend einzuschränken."

Zitat Schlack 2015: „Funktionelle Übungsbehandlungen ("Heilmittel") haben weiterhin ihren Stellenwert, im Mittelpunkt steht aber die Hilfe für die emotionale Stabilität der Familie. Eine solche Einstellung muss Bestandteil jeder funktionellen Übungsbehandlung und nicht nur eines ärztlichen oder psychologischen Beratungsgesprächs sein."

Im Rahmen der Bobath-Grundkurse zur Behandlung von Säuglingen, Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Entwicklungs- und Bewegungsstörungen werden die für die Behandlung von Kindern notwendigen unterschiedlichen Wissensbestände, sowie das methodische Vorgehen in Diagnostik und Therapie vermittelt (siehe Frage 11).

Die Orientierung an den Dimensionen der ICF mit der Betonung der Berücksichtigung des Alltags des Kindes und seiner Familie sowie der Ausrichtung an der Möglichkeit zur Partizipation ist seit der Veröffentlichung der ICF durch die WHO gängige Praxis. Zunehmend werden vor dem Hintergrund entsprechende Diagnostikinstrumente, Assessments und Leitlinien entwickelt und veröffentlicht, die die Aktualisierung der Bobath-Therapie befördern.

Literatur:

Schlack H.G. (2015). Seelische Gesundheit und Entwicklung behinderter Kinder. In: Kinderärztliche Praxis, 2015; 86 (6) Seite 370-375

Rosenbaum P., Rosenbloom L. (2012). Cerebral palsy. From diagnosis to adult life. London: Mac Keith Press. (with Mayston M. Chapter 12. Therapists and therapies in cerebral palsy. S.124-148).

Rosenbaum P., Gorter J. W. (2011). The ‚F-words' in childhood disability: I swear this is how we should think! Child: Care, Health and Development 38 (4), S. 457—463.

Morgan C. et al. (2021). Early Intervention for Children Aged 0 to 2 Years with or at high risk of cerebral palsy International Clinical Practice Guideline Based on Systematic Reviews. JAMA Pediatrics. DOI: 10.1001/jamapediatrics.2021.0878

Hadders-Algra M. (2011). Challenges and limitations in early intervention. In: Developmental Medicine & Child Neurology, 53 (Suppl. 4): 52–55. DOI:10.1111/j.1469-8749.2011.04064.x

7.2 Für die Therapie von Erwachsenen ohne Entwicklungs- und Bewegungsstörungen liegen uns keine Kenntnisse vor.

8. Welche Rolle/Bedeutung haben Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige) Ihrer fachlichen Ansicht nach im Behandlungskonzept der Vojta-Therapie und nach welchen Entscheidungskriterien/Kontraindikationen werden Bezugspersonen aktiv in die Behandlung einbezogen (z. B. selbstständige Durchführung im häuslichen Umfeld)?

8.1 Bei Säuglingen und Kindern?

8.2 Bei Erwachsenen?

8.1 Durch die Tatsache, dass 4 x tgl. die Übungen in einer exakt vorgegebenen Weise ausgeführt werden müssen (auch bei ausdauerndem Schreien des Kindes), werden die Durchführenden zu Co-Therapeuten. Dies widerspricht den aktuellen Grundprinzipien einer familienorientierten Förderung. In dieser wird die Individualität der Eltern mit ihren Bedürfnissen, Belastungen, Lebenseinstellungen, Fähigkeiten und ihrer Vulnerabilität als handlungsleitend angesehen.

Literatur:

Schlack H.G. (2015). Seelische Gesundheit und Entwicklung behinderter Kinder. In: Kinderärztliche Praxis, 2015; 86 (6) Seite 370-375

Sarimski K., Hintermair M., Lang M. (2021) Familienorientierte Frühförderung von Kindern mit Behinderung. 2. Aufl. Reinhardt-Verlag München

CanChild Institut https://canchild.ca/en/research-in-practice/family-centred-service

8.2 Entzieht sich unserer Kenntnis

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?

9.1 Bei Säuglingen und Kindern?

9.2 Bei Erwachsenen?

Entzieht sich unserer Kenntnis

10. Welche Mechanismen oder Protokolle existieren, um mögliche unerwünschte Wirkungen frühzeitig und auch im Langzeitverlauf zu erkennen und zu dokumentieren?

10.1 Bei der Anwendung durch Physiotherapeutinnen und -therapeuten?

10.2 Bei der Anwendung durch Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige)?

10.3 Gibt es hierzu relevante Unterlagen/Dokumente und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

Es entzieht sich unserer Kenntnis, inwieweit konkrete Therapieziele mit den Eltern gemeinsam festgelegt und in einem Clinical Reasoning Prozess das Vorgehen kurz- oder langfristig überprüft wird.

Teil II Besondere Fragen zur Vojta-Therapie bei Säuglingen und Kindern

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich ausschließlich auf die Behandlung von Erkrankungen des zentralen Nervensystems (einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen) bei der Durchführung der Vojta-Therapie bei Säuglingen und Kindern.

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)?

Die Grundannahmen zu kindlicher Entwicklung (Idealmotorik vs. variable adaptive Bewegungsentwicklung als Explorationsverhalten) zwischen der Vojta-Therapie und Therapie nach dem Bobath-Konzept sind sehr unterschiedlich. Entsprechend sind in allen Schritten der Befundaufnahme, des Clinical Reasonings, der Zielvereinbarung und Therapieplanung äußerst unterschiedliche Vorgehensweisen beschrieben. Die Therapie nach dem Bobath-Konzept orientiert sind an einem Verständnis komplexer Problemlagen und Bedarfe. Für die Therapie werden aktuelle

Erkenntnisse zur Bewegungssteuerung, zum motorischen Lernen, Grundsätze familienorientierter Förderung in ihrer Wechselwirkung betrachtet und einbezogen. Alltagsorientierung und interprofessionelle Zusammenarbeit sind wesentliche Prinzipien im Bobath-Konzept und dem entsprechend im therapeutischen Vorgehen.

Literatur:

Mayston M.J., Saloojee G.M., Foley S.E. (2024). The Bobath Clinical Reasoning Framework: A systems science approach to the complexity of neurodevelopmental conditions, including cerebral palsy. Developmental Medicine and Child Neurology 66:564–572. https://doi.org/10.1111/dmcn.15748

Gemeinsam Konferenz der deutschen Bobath-Kurse e.V. G.K.B. Hrsg. (2023). Curriculum Weiterbildungslehrgang Bobath-Grundkurs zur Behandlung von Säuglingen, Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Entwicklungs- und Bewegungsstörungen. Eigenverlag. https://www.bobath-zukunft.de/wp-content/uploads/2025/04/Bobath-Curriculum-2023-eBook.pdf.

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?

12.1 Wenn ja, bitte beschreiben Sie diese näher.

12.2 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

Wir können keine Vorteile von Therapieeffekten benennen, die nicht auch anderweitig erreichbar wären. Eher können nachteilige Effekte einer Therapie, die lediglich reaktiv Haltungs- und Bewegungsmuster auslöst - oft gegen den Widerstand der Kinder – möglich sein. Siehe Ausführungen unter 2.1 und Literatur unter 7.1

13. Besteht Ihrer fachlichen Ansicht nach bei der unmittelbaren Anwendung der Vojta-Therapie bei Säuglingen und Kindern ein daraus folgendes Schädigungspotenzial?

13.1 Bei der Anwendung durch Physiotherapeutinnen und -therapeuten?

13.2 Bei der Anwendung durch Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige)?

13.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

13.1 Eine Traumatisierung der jungen Kinder kann nicht ausgeschlossen werden, insbesondere, wenn die Bezugsperson das Kind nicht aus der Situation herausnimmt, in der Situation (nicht danach) tröstet bzw. die Wiederholung verhindert. Dies sollte nur bei unbedingt erforderlichen medizinischen Maßnahmen praktiziert werden.

13.2 Von einer Belastung für die Eltern-Kind-Beziehung kann ausgegangen werden. Eltern müssen die Bedeutung des Schreiens ihres Kindes umdeuten, damit ihnen die Durchführung der Therapie gelingt. Es kann eine erschwerte Bindungsentwicklung bis hin zu einem Vertrauensverlust entstehen. Vermutet werden können auch Probleme für die Geschwister, die das ausdauernde Arbeiten der Eltern mit dem schreienden Geschwisterkind hören oder miterleben. Den Eltern wurde immer wieder das Gefühl vermittelt, mitverantwortlich zu sein für die lebenslange Behinderung ihres Kindes, wenn sie nicht konsequent genug die empfohlenen Maßnahmen umsetzen.

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)?

14.1 Bei der Anwendung durch Physiotherapeutinnen und -therapeuten?

14.2 Bei der Anwendung durch Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige)?

14.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

14.1 Die gegenseitige Verstärkung oder Dämpfung zwischen Bindungsverhalten und Explorationsverhalten können bei wiederholtem reaktivem Üben gegen den eigenen Impuls des Kindes eine reduzierte Ausbildung des Explorationsverhaltens zur Folge haben. Selbstwirksamkeit als wesentliches Element günstiger Entwicklungsfaktoren ist reduziert. Neurobiologisch ist besonders auch von den negativen Folgen des (früh)kindlichen Stresses auszugehen.

Literatur:

Strüber N, Strüber D, Roth G. (2014). Impact of early adversity on glucocorticoid regulation and later mental disorders. In: Neuroscience & Biobehavioral Reviews, Volume 38, January 2014, Pages 17-37.

Benz U. Hrsg. (2014). Festhaltetherapien – Ein Plädoyer gegen umstrittene Therapieverfahren. Psychosozial-Verlag.

14.2 Zusätzlich zu den Aspekten unter 14.1 sind besonders Folgen für die Bindung zwischen Kind und Eltern möglich.

15. Welche psychischen Belastungen oder direkten Stressreaktionen können Ihrer fachlichen Ansicht nach bei der Durchführung der Vojta-Therapie entstehen?

15.1 Bei Säuglingen und Kindern?

15.2 Bei Bezugspersonen (z. B. Eltern, weiteren Angehörigen)?

15.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

Auf diese Frage gibt es aus unserer Sicht lediglich Erfahrungswissen, aber nach unserem Kenntnisstand keine wissenschaftlichen Belege. Kinder, die nach Vojta behandelt wurden, sind in pädiatrischen/neuropädiatrischen Untersuchung und bei der therapeutischen Befunderhebung häufig auffällig, da sie sich extrem gegen das Ausziehen oder Hingelegt-Werden wehren. Therapie auf der Untersuchungsliege wird teilweise verweigert.

Manche Eltern machen sich Vorwürfe, da sie die hochfrequente Übungen zu Hause nicht umsetzen können und haben Schuldgefühle. Die belastet die Eltern- Kind Interaktion.

Kinder, die neu in die Bobath-Therapie kommen, benötigen z.T. mehrere Behandlungen, bis sie Zutrauen in die neue Therapeutin fassen und Explorationsverhalten zeigen können.

16. Hat sich die fachliche Einschätzung hinsichtlich der psychischen Belastbarkeit von Säuglingen und Kindern sowie 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?

Aktuelle Erkenntnisse u.a. aus der Bindungsforschung, zur Bedeutung der Stressregulation in der frühen Kindheit und zum motorischen Lernen haben die Sorgen zur kindlichen Entwicklung unter Vojta-Therapie eher verstärkt. Bislang gibt es keine ausreichende Studienlage zur Vojta-Therapie oder Bestandteilen daraus, die diese Bedenken widerlegen können.

Vereinigung für Interdisziplinäre Frühförderung – Bundesvereinigung (VIFF) e.V.

Jens Vandré
Jurij Štrbenk

E-Mail: jensvandre@hotmail.com
jurij.strbenk@lebenshilfe-bautzen.de
www.fruehfoerderung-viff.de

Gemeinsamer Bundesausschuss
Mario Hellbarth
Postfach 12 06 06
10596 Berlin

Ihre Anfrage vom 29. April 2025
Überprüfung der Heilmittel-Richtlinie hinsichtlich der Regelungen zur Krankengymnastik zur Behandlung von ZNS-Erkrankungen

Sehr geehrter Herr Hellbarth, sehr geehrte Damen und Herren vom Gemeinsamen Bundesausschuss,

Ihre Anfrage erreichte uns per Mail am 12.05.2025.

Wir sind ein Fachverband für Interdisziplinäre Frühförderung und haben zwischen 700 und 800 Mitglieder, davon sind ca. 200 institutionelle Mitglieder. Der Verein gliedert sich auf in die Bundesvereinigung, die die Mitgliedschaft verwaltet und alle zwei Jahre eine dreitägige Fachveranstaltung namens „Symposion Frühförderung“ durchführt, und 9 Landesvereinigungen als unabhängige Vereine, die jeweils selbständige und unabhängige Vorstände haben und eigenverantwortlich Fortbildungsveranstaltungen durchführen.

1. Am 13.05.2025 leitete ich per Mail Ihre Anfrage an die Mitglieder des Bundesvorstandes sowie die Mitglieder Landesvorstände sowie die Leiterin der Koordinationsstelle der KJA/SPZ in Berlin weiter.

2. Ebenso leitete ich die Anfrage an die Vorsitzenden der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie (DGSPJ) und dem Vorsitzenden der GNP weiter, mit denen wir gute Arbeitsbeziehungen und einen engen fachlichen Austausch pflegen, sowie die Internationale Vojta-Gesellschaft.

3. Zusätzlich führte ich eine Literatur-Recherche durch. Quellen: Pubmed, Livivo,

4. Auswertung. Schlussfolgerung.

Zu 1.) Auf die interne Umfrage erreichten uns zwei Antworten:

a. Die stellvertretende Vorsitzende der VIFF Landesvereinigung Bayern e. V., Oberärztin in einem Sozialpädiatrischen Zentrum, Dr. med. Margret Ziegler füllte den Fragebogen aus.
b. Die Leiterin der Frühförderstelle Traunstein, stellvertretende Vorsitzende der Internationalen Vojta-Gesellschaft, Birgit Jakob, sandte uns einen Text mit Quellenangaben zu und reagierte auf unsere Nachfrage nach der Literaturrecherche.

Zu a) Siehe ausgefüllter Fragebogen im Anhang.

Zu b) Antwort von Birgit Jakob:

Hinweise auf ein Schädigungspotential der lege artis durchgeführten Vojta-Therapie sind uns nicht bekannt.

Wir legen in der Ausbildung der Vojta-TherapeutInnen großen Wert auf einen achtsamen Umgang mit den PatientInnen und deren Bezugspersonen. Dies gilt sowohl in der Erwachsenentherapie als auch in der Therapie mit Säuglingen, Kindern und Jugendlichen. Zentraler Bestandteil der Vojta-Therapie ist eine individuell angepasste Behandlungsplanung unter Berücksichtigung der Belastbarkeit der PatientInnen jeden Alters und deren Bezugspersonen und/oder Familien. Dabei bestehen für die spezifische und differenzierte physiotherapeutische Behandlung nach Vojta klare Indikationen und Kontraindikationen.

Im Nachfolgenden gehe ich vorwiegend auf die Behandlung von Säuglingen, Kindern und Jugendlichen ein. Unsere Vorgehensweise gilt selbstverständlich im gleichen Umfang für den mündigen Erwachsenen und, falls aufgrund von z.B. schweren neurologischen Schädigungen erforderlich, auch für dessen jeweilige Bezugsperson. Gemeinsam mit den Eltern/Bezugspersonen wird, nach sorgfältiger Befundaufnahme, ein Behandlungsziel formuliert und der/die TherapeutIn setzt einen Behandlungsschwerpunkt (einen therapeutischen Fokus) fest. Nur dann kann die kontrollierte und fein gesteuerte Aktivierung ganz individuell an die im Vordergrund stehenden Bedürfnisse des Kindes/Erwachsenen angepasst werden.
Die Einbeziehung der Eltern / Bezugspersonen und Anleitung zur Durchführung der Therapie im häuslichen Umfeld ermächtigt diese, positiv auf die Entwicklung ihres behinderten oder von Behinderung bedrohten Kindes Einfluss zu nehmen. Durch regelmäßige Überprüfung und Anpassung des häuslichen Therapieprogramms soll den Eltern Sicherheit gegeben und die Qualität der Durchführung gewährleistet werden.
Die gezielte Elternanleitung ist ein essenzieller Bestandteil der Vojta-Therapie. Die Therapieanleitung ist der Belastbarkeit des Kindes und seiner Bezugspersonen anzupassen: viele Fragen, Befürchtungen und prognostisch bedeutsame Beobachtungen finden ihren Platz im kontinuierlichen Austausch der Familie mit ihrem/ihrer TherapeutIn.
Damit die Eltern auf die Ausdrucksmöglichkeiten des Kindes in der Therapie adäquat reagieren können, wird den wichtigsten Kommunikationssignalen des Kindes unter der Behandlung besondere Beachtung geschenkt: Blickkontakt, Mimik, Vokalisation. Diese

Kompetenzen sind uns allen intuitiv zugänglich, müssen aber unter erhöhter Anspannung in ungewohnter Situation gezielt gefördert werden.
Die Aspekte der Kommunikation und Interaktion sind auch Bestandteil der Ausbildung zum /zur Vojta-TherapeutIn.

Zur Durchführung und Wirkungsweise der Vojta-Therapie finden Sie Informationen auf unserer Homepage. https://vojta.com/de/vojta-prinzip/vojta-therapie
Alleinstellungsmerkmal und somit größter Unterschied zu anderen Therapieformen ist, dass bei der Vojta-Therapie nicht das gezielte Einüben bestimmter Bewegungsabläufe wie Greifen, Drehen oder Gehen im Vordergrund steht. Stattdessen wird über die Aktivierung der sogenannten Reflexlokomotion ein Zugang zu den im zentralen Nervensystem gespeicherten grundlegenden Bewegungsmustern geschaffen.
Durch diese gezielte Reizsetzung werden den PatientInnen Bewegungsmuster zunehmend spontan verfügbar gemacht und Haltung und Bewegung werden ökonomischer, was zu einer Verbesserung der Aktivität und Teilhabe führt. Eine regelmäßige Anwendung unterstützt das ZNS dabei, physiologische Bewegungen zu festigen und in den Alltag zu integrieren. So kann der Einsatz kompensatorischer, weniger effizienter Ersatzbewegungen vermieden oder – je nach Krankheitsbild - abgeschwächt werden.
Die folgende Ausführung konkretisiert die Behandlung unter der Einbeziehung der Eltern (hier stellvertretend auch für Großeltern, Pflegeeltern, etc. benannt)
Die korrekte Anwendung der Vojta-Therapie führt zu einer positiven Veränderung der Bewegungskoordination beim Greifen, beim Aufrichten, Gehen und Sprechen. Auch junge Kinder werden so in die Lage versetzt, ihren Bedürfnissen und Wünschen wirksamer Ausdruck zu verleihen bzw. nachzukommen. Dies führt zu geringerer Frustration, Zunahme der Ausgeglichenheit und Zufriedenheit sowie der emotionalen Belastbarkeit. Die körperliche Zuwendung und Sicherheit, die Eltern ihren Kindern in der Vojta-Therapie vermitteln, kann die Eltern-Kind-Beziehung stärken und eröffnet dem Kind Räume zu neuen, erweiterten Erfahrungen und Kompetenzen.
Der positive Effekt direkt nach einer Therapieeinheit kann, je nach Indikation, zum aktiven Spielen und Bewegen oder auch zur Kombination mit weiteren Therapien (z.B. Ergotherapie/Logopädie/Heilpädagogik) genutzt werden.

Für sehr junge Kinder ist die Aktivierung des Zentralnervensystems ungewohnt und anstrengend, sie können dies häufig nur durch Schreien äußern. Über eine gute Kommunikation und Interaktion mit dem Kind und den Bezugspersonen gelingt es, dass diese Entäußerungen hauptsächlich während der direkten Aktivierung auftreten. Nach erster Gewöhnung beruhigen sich die Kinder zunehmend während der Therapie und insbesondere in den Pausen zwischen den einzelnen Ausgangsstellungen, sowie nach der Therapie erleben wir sie ausgeglichener und aufmerksamer – mit verbesserter Körperhaltung und Bewegungsmöglichkeit, mit Freude am Kommunizieren und Spielen.
Die reine Aktivierungszeit dauert alters- und diagnose- abhängig zwischen 5 und 20min. Wie bei jeder sportlichen Trainingssituation wird mit sehr kurzen Einheiten begonnen und dann, abhängig von der Belastbarkeit der Kinder, die Dauer langsam gesteigert.
Es ist unser Ziel, die dazu erforderlichen Kompetenzen in der Interaktion bei der Vermittlung der Vojta-Therapie sowohl an die Teilnehmer/innen der Weiterbildung, als auch an die Bezugspersonen in der Elternanleitung weiterzugeben.
Sobald die Kinder zu sprechen beginnen, gelingt die Kooperation – das zentrale Anliegen unabhängig von Alter oder geistigem Entwicklungsstand - immer leichter.

In Studien bei Frühgeborenen konnte gezeigt werden, dass die Anwendung der Vojta-Therapie sicher ist und die NIPS (Schmerz) und PIPP (Stress) Werte während der Behandlung unverändert blieben. Zusätzlich gibt es positive Effekte auf die Atmung, die effektiver sind als bei anderen Maßnahmen.
http://www.ijponline.net/content/36/1/65
https://www.mdpi.com/2227-9032/11/8/1091

Auch konnte bei Erwachsenen in der sehr frühen Anwendung (auf der Stroke Unit) nach Eintritt eines Schlaganfalls die Sicherheit der Therapie nachgewiesen werden.
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33324926/

Bei Säuglingen mit Asymmetrie gibt es ebenfalls Studien, die den positiven Effekt der Vojta-Therapie belegen:
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5332993/
http://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1055/a-1917-0677

Bei Kindern mit Zerebralparese konnte gezeigt werden, dass die Vojta-Therapie einen positiven Effekt auf die Haltungssteuerung und die Grobmotorischen Funktionen hat, was wiederum – im Sinne der ICF-CY – die Selbständigkeit und Teilhabe verbessert.
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34657402/

In Bezug auf die von Außenstehenden immer wieder benannten – und aus unserer Sicht unbegründeten - Befürchtungen, dass Kinder durch die lege artis durchgeführte Vojta-Therapie
einen Schaden nehmen könnten, sind uns u.a. folgende Untersuchungen bekannt, die dies wissenschaftlich widerlegen konnten. Im Gegensatz zu den negativen Annahmen, wurde auch eine Erleichterung der Bindung durch einen integrativen Ansatz der Familie im Rehabilitationsprozess beschrieben.

Ludewig A, Mähler C. Krankengymnastische Frühbehandlung nach Vojta oder nach Bobath: Wie wird die Mutter- Kind-Beziehung beeinflusst? [Early Vojta- or Bobath-physio therapy: what is the effect on mother-child relationship?]. Praxis der Kinderpsychologie und Kinder psy chiatrie 1999;48 (5):326-39. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10431564/

Martínez-Fuentes MT, Pérez-López J, Brito de la Nuez A, Díaz-Herrero A. Terapia vojta, desarrollo psicológico, y apego infantil en poblaciones de riesgo biológico [Vojta therapy, mental and motor development, and infant attachment in biological risk population]. Acción Psicológica. 2011;8(2):87-97.
https://revistas.uned.es/index.php/accionpsicologica/article/view/192

Bereits in den 1970er bis 90er Jahren kamen Maren Thiesen-Hutter und Mechthild Papoušek zu vergleichbaren Ergebnissen. In der Untersuchung verschiedener Verhaltensbereiche zeigten bisher unbehandelte Vorschulkinder keine signifikanten Unterschiede zu den mit der Vojta-Therapie frühbehandelten Kindern.

Gerade im Bereich der Frühförderung gibt es viele Kinder und Familien, die im interdisziplinären Kontext von der Vojta-Therapie profitieren können.
Birgit Jakob

Zu 3.) Bei der Literaturrecherche kamen mir zwei kritische Berichte unter:

1. Bericht über den Tod eines drei Monate alten Säuglings bei der Erstbehandlung mit Physiotherapie nach Vojta. Quelle: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11305197/ Klinical Padiatry, 2001 Mar-Apr;213(2):76-85. doi: 10.1055/s-2001-12881

[Fatal outcome during physiotherapy (Vojta's method) in a 3-month old infant. Case report and comments on manual therapy in children]
[Article in German]
G Jacobi [1], T Riepert, M Kieslich, J Bohl
Affiliations
- PMID: **11305197**
- DOI: 10.1055/s-2001-12881

Abstract
Detailed clinical and neuropathological report on a fatal incident during the first manual therapy according to Vojta conducted in a 3 months old baby: during forced active rotation and head retraction the baby suffered from a bleeding into the adventitia of both her vertebral arteries at the level of C1 prompting ischemia of the caudal brainstem with subarachnoid haemorrhage around. It has to be suggested that similar cases already have occurred but have not been reported yet. There might be a time lag between the performance of physiotherapy and the beginning of neurologic symptoms. The risks of manual therapy in children will be discussed.

2. Kritik eines Pädagogen an der Behandlung von kindlichen Patienten mit Spina bifida von 1996.

Schröder, Franz **Article: Zu Risiken und Nebenwirkungen fragen Sie ... wen denn?**

- Bookmark
- Link
- More like this
-

Behindertenpädagogik
1996 Volume 35, Issue 3, Page(s) 327–342
Abstract: ... zweifelhaft ist, wird die Vojta-Therapie als unzumutbar betrachtet. ... Fachliche Propagierung und Alltagspraxis der Krankengymnastik nach V. Vojta, insbesondere ... Angesichts der Tatsache, dass der Nutzen der Behandlung relativ zu anderen Therapieansätzen zumindest ...

Title translation	Risks and side effects? Ask - whom?
Abstract	Fachliche Propagierung und Alltagspraxis der Krankengymnastik nach V. **Vojta** , insbesondere für Kinder mit Spina bifida, werden kritisiert. Von der Mehrheit der behandelten Kinder wird, wie Erfahrungsberichte belegen, die meist jahrelange Behandlung als permanente Vergewaltigung erlebt. Die damit verbundenen negativen psychischen Auswirkungen werden von Fachleuten meist ignoriert oder bagatellisiert. Angesichts der Tatsache, dass der Nutzen der Behandlung relativ zu anderen **Therapieansätzen** zumindest zweifelhaft ist, wird die **Vojta** - **Therapie** als unzumutbar betrachtet.

Keywords	Berufsethik ; Eltern-Kind-Beziehungen ; Erkrankungen des Nervensystems ; Interpersonal Interaction ; Interpersonale Interaktion ; Motor Development ; Motorische Entwicklung ; Nebenwirkungen (Behandlung) ; Nervous System Disorders ; Parent Child Relations ; Physical Therapy ; Physiotherapie ; Professional Ethics ; Side Effects (Treatment) ; Spina Bifida
Language	German
Document type	Article
ISSN	0341-7301
ISSN	0341-7301
Database	PSYNDEX

Hierzu richtete ich erneut eine Anfrage an alle Vorstandsmitglieder, die beiden Mitglieder, die die vorherige Anfrage ausführlich beantwortet haben, sowie die Vorsitzenden der DGSPJ und des GNP mit Bitte um Rückmeldung.

Meine Frage dazu:

„Hierbei wird generell die Behandlung der Kinder mit Spina bifida als erlebte "permanente Vergewaltigung" beurteilt, was Erfahrungsberichte belegen sollen. Als besonders schwierig erscheint mir das Argument: "Die damit verbundenen negativen psychischen Auswirkungen werden von Fachleuten meist ignoriert oder bagatellisiert."

Schwierig deshalb, weil es ein tatsächliches Behandlungsdilemma ist:

Muskuläre Stabilisierung und therapeutischer positiver Affekt der Erleichterung kann nur durch möglichst tägliche, im Fall von Spina bifida meist schmerzhafte Übungsbehandlung erreicht werden.

Gibt es dazu aus Expertensicht bzw. aus Erfahrungen in der beruflichen Praxis heraus Einwände, Bedenken oder Zustimmung?“

_____

Birgit Jakob antwortete auf die Rückfrage und schickte eine schriftliche Reaktion der Internationalen Vojta Gesellschaft auf den Artikel von 2001:

Redaktion der
Zeitschrift für Physiotherapeuten
Pflaum Verlag GmbH & Co. KG
Postfach 19 07 37
80607 München 10.05.2001

Stellungnahme zum Beitrag „Todesfall während der Physiotherapie nach Vojta“
im Heft Nr. 4 2001 der Zeitschrift für Physiotherapeuten

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Publikation von Jacobi, Riepert, Kieslich, Bohl – „Todesfall während der Physiotherapie nach Vojta“ im April-Heft der Zeitschrift für Physiotherapeuten 53 (2001) 4 Seite 573 – 576 bedarf dringend der Richtigstellung. Denn hier wird der tragische Tod eines Säuglings in spekulativer Weise in Zusammenhang mit der Vojta-Therapie gebracht. Für die Internationale Vojta Gesellschaft e.V. legen wir Wert auf folgende Feststellungen.

1. Die Autoren behaupten einen kausalen Zusammenhang zwischen der Vojta-Therapie und dem Tod des Säuglings. Die Autoren müssen sich fragen lassen, wie sie den Ablauf der krankengymnastischen Behandlung aus Augenzeugenperspektive schildern können, ohne anwesend gewesen zu sein. Wenn sie aus den geschilderten Abläufen später schwerwiegende Folgerungen ziehen, müsste man zumindest erwarten, daß offengelegt wird, auf welche Quelle sie sich beziehen. Solange dieses nicht der Fall ist, kann die abgedruckte Darstellung des Behandlungsverlaufs nicht akzeptiert werden. Für diesen bedauerlichen Todesfall kommen auch andere Ursachen in Betracht. Insbesondere sind hier eine vorbestehende geburtstraumatische Schädigung und akute anderweitige Erkrankungen des Kindes zu nennen. Auch bei schwierigen Intubationsversuchen im Rahmen der Reanimation besteht insbesondere bei einem hypotonen Kind die Gefahr der Reklination des Kopfes.

Da in dem eingeleiteten gerichtlichen Verfahren der kausale Zusammenhang des Todes mit der Vojta-Therapie nicht nachgewiesen wurde, müssen sich die Autoren den Vorwurf unwissenschaftlichen Vorgehens gefallen lassen, weil sie den Zusammenhang unterstellen, ohne andere Möglichkeiten differentialdiagnostisch erwogen zu haben.

Die Behauptung der Autoren, dass es für die Vojta-Therapie bis heute weder exakte Handlungsanweisungen noch eindeutige Indikationen gebe ist falsch. Vojta und Peters geben bereits in der 1. Auflage ihres Buches „Das Vojta-Prinzip“ (1992) eben diese exakten Handlungsanweisungen.

2. Ebenso ist es nicht richtig, dass es bei der Vojta-Therapie zu heftigen Rotations- und Reklinationsbewegungen kommt. Die starken bzw. sogar überstarken Rotationen und Reklinationen des Säuglingskopfes, auf welche die Autoren die Einblutungen im Gehirn zurückführen wollen, sind nicht Bestandteil der verschiedenen Reflexlokomotionen nach Vojta und damit der Vojta-Therapie überhaupt. Vielmehr sind solche Bewegungen bei der lege artis durchgeführten Therapie zu unterbinden. Zur Frage der Position des Kopfes, des Verhaltens der Halswirbelsäule, des Ausmaßes an Rotation und sonstiger Details der Behandlung gibt es präzise Handlungsanweisungen und Erläuterungen (Vojta,V.; A.Peters: Das Vojta – Prinzip; Springer: Heidelberg, Berlin 1992, S. 23; S. 59-64).

3. Wenn die Autoren dennoch – wenn auch zu Unrecht – meinen, einen kausalen Zusammenhang zwischen der Vojta-Therapie und dem Tod des Säuglings feststellen zu können, müssen sie sich fragen lassen: Weshalb haben Sie mit der Publikation jahrelang gewartet und sich nicht sofort an die Internationale Vojta Gesellschaft oder an Herrn Prof. Vojta gewandt, um mit ihnen diesen Fall zu erörtern? Dieses haben die Autoren nicht getan: Offenbar war und ist die ursächliche Verbindung zwischen Vojta-Therapie und diesem Todesfall alles andere als eindeutig gewesen.

Nach all dem erscheinen die Autoren bezüglich elementarer Prinzipien der Vojta – Therapie wenig bewandert. Kenner krankengymnastischer Behandlungsverfahren

wissen vielmehr:
 Vojta-Therapie und Manualtherapie sind indikationsbezogen allenfalls komplementäre Verfahren; es geht jeweils um grundsätzlich unterschiedliche Behandlungsziele.
 Eine lege artis durchgeführte Vojta-Therapie führt nicht zu manualtherapeutischen Manipulationen an Gelenken oder Wirbelsäule.
 Aus der Ausgangslage beim Reflexkriechen zielt die Vojta-Therapie u.a. auf eine Aufrichtung/Streckung der Halswirbelsäule. Reklination und stärkere Rotation des Kopfes sind nicht Bestandteil einer Vojta-Therapie.
Auch wir sind der Auffassung, dass für eine spezifische und differente krankengymnastische Behandlung – wie die Vojta-Therapie – klare Indikationen und Kontraindikationen bestehen. Die Indikation ergibt sich aus einer klaren ärztlichen Diagnose und einem entsprechend formulierten Therapieziel. Die Internationale Vojta-Gesellschaft hat sich nicht zuletzt aus diesem Grund stets für sehr strenge Standards und Qualitätskontrollen in der Aus- und Weiterbildung eingesetzt. Deshalb besteht für die vielen Vojta-Therapeuten und Therapeutinnen kein Anlass zur Verunsicherung. Demgegenüber wollen die Autoren in unverantwortlicher Weise eine der erfolgreichsten Behandlungsmöglichleiten für cerebralparetische Entwicklung oder manifeste Cerebralparesen bei Säuglingen und Kleinkindern diskreditieren. Dieser Versuch wird mit allem Nachdruck zurückgewiesen.
Die ausgebildeten Vojta-Therapeuten und Therapeutinnen üben keine für Patienten oder Therapeuten riskante Behandlungstechnik, sondern eine für die Patienten höchst hilfreiche Behandlung aus.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Friedemann Schulze	W. Müller	D. Wassermeyer
Arzt für Kinderheilkunde	Krankengymnast	Krankengymnastin
Arzt für Neurologie/Psychiatrie	2. Vorsitzender der IVG	Schriftführung und
1. Vorsitzender der IVG		Kursleitung

Auf die zweite angegebene Publikation antwortete Frau Jakob wie folgt:

„Die zweite von Ihnen angeführte Publikation habe ich nicht als vollständigen Artikel vorliegen. Den Ausführungen im Abstract nach zu urteilen, scheint sie jedoch keine wissenschaftlich belastbare Basis zu bieten.

Während der Vojta-Therapie kommt es im Säuglings- und Kleinkindalter unter der körperlichen Anstrengung häufig zu Schreien. Von außen wird dies oft als Ausdruck von Schmerz missverstanden. Dabei ist klar festzuhalten: Eine fachgerecht durchgeführte Vojta-Therapie darf keine Schmerzreize setzen. Schmerzen würden zu unerwünschten Bewegungsantworten führen und den gezielten therapeutischen Bahnungseffekt stören. Nach einer individuell unterschiedlichen Eingewöhnungszeit gelingt es den meisten Kindern zunehmend, sich in den Pausen zwischen den Aktivierungsphasen sowie am Ende der Therapieeinheit selbst zu regulieren und zu beruhigen. Voraussetzung für diesen Prozess ist eine einfühlsame und achtsame Interaktion mit dem Kind sowie eine gelungene Kommunikation. Die aktive Einbindung und Unterstützung der Eltern spielt dabei eine zentrale Rolle.
Kommunikation und sozio-emotionale Aspekte – insbesondere im Rahmen der Eltern-Kind-Interaktion – sind deshalb fester Bestandteil der Ausbildung zur Vojta-Therapeutin

bzw. zum Vojta-Therapeuten. In den letzten Jahren hat das Thema Kommunikation in der Therapie insbesondere in Fort- und Weiterbildungen sowie in den Vojta-Arbeitskreisen weiter an Gewicht gewonnen.
Im Rahmen der Anleitung erlernen die Eltern, die motorischen Reaktionen ihres Kindes differenziert zu beobachten und korrekt zu interpretieren. So können sie die Wirksamkeit der Therapie besser einschätzen. Positive Veränderungen in der Spontanmotorik, die direkt nach der Therapieeinheit sichtbar werden, werden gemeinsam reflektiert. Diese unmittelbar erlebbaren Fortschritte stellen einen wichtigen motivierenden Faktor für die weitere therapeutische Zusammenarbeit dar.

Eine prospektive Langzeitstudie mit 107 Kindern mit Meningomyelozele (spina bifida) aus der Schweiz kam zu der Annahme, dass die sehr frühzeitige koordinierte medizinische und physiotherapeutische Rehabilitationsbehandlung von Kindern mit MMC in der Regel die psychosoziale Belastung reduziert und die Lebensqualität dieser Kinder und ihrer Familien verbessert. Die Akzeptanz der Familien gegenüber der Vojta-Therapie war gut.

Rüdeberg, A., Donati, F., Kaiser, G., 1995. Psychosocial aspects in the treatment of children with myelomeningocele: An assessment after a decade. Eur J Pediatr 154, S85–S89. https://doi.org/10.1007/BF02191514

In dem Artikel heißt es: „**The neuro-physiological physiotherapy of Vojta was used not only for the efficient stimulation of the flaccid muscles of the paralysed regions, but also to stimulate the bladder and anal sphincters. This therapy was very well accepted by the parents, because of the improvements achieved. The active participation of the parents in decision making and in accomplishment of therapies result in a psychological advantage due to the positive achievement of better physical function in their child.**“ “

Zu 4.) Auswertung. Schlussfolgerung

Als Beantwortung auf der internen und externen Umfrage erhielten ich zwei ausführliche Stellungnahmen, die sich inhaltlich positiv zur Vojta-Therapie äußerten und dies ausführlich inhaltlich begründeten.

In der Literaturrecherche stieß ich auf zwei Publikationen, die sich negativ zur Vojta-Therapie äußerten allerdings bereits älter sind. Die eine von 2001 bezieht sich auf einen Todesfall eines 3 Monate alten Säuglings bei der Erstbehandlung.
In der Stellungnahme der Vojta-Gesellschaft dazu wird schlüssig erklärt, dass bestimmte Bewegungen und Streckungen, die der Artikel zum Todesfall anführte, nicht zum Konzept der Vojta-Therapie gehören.
Die zweite Publikation von 2006 führt aus, dass das subjektive Erleben der an Spina Bifida Erkrankten und jahrelang mit Vojta-Therapie Behandelten dasjenige einer „permanenten Vergewaltigung“ sei und dass die Experten dies leugneten.

Hierzu wurde von der stellvertretenden Vorsitzenden der Internationalen Vojta-Gesellschaft schlüssig dargelegt, dass in der Ausbildung zur Vojta-Therapie und in der Behandlung von Patienten besonders Wert auf die Anpassung der Therapie an die jeweilige Belastbarkeit des Patienten/der Patientin sowie der Bezugspersonen geachtet wird und “Damit die Eltern auf die Ausdrucksmöglichkeiten des Kindes in der Therapie

adäquat reagieren können, wird den wichtigsten Kommunikationssignalen des Kindes unter der Behandlung besondere Beachtung geschenkt: Blickkontakt, Mimik, Vokalisation. Diese Kompetenzen sind uns allen intuitiv zugänglich, müssen aber unter erhöhter Anspannung in ungewohnter Situation gezielt gefördert werden.“

Schlussfolgerung:
Folgt man den einschlägigen Fachpublikationen ist die Vojta-Therapie eine fachlich entwickelte besonders effektive physiotherapeutische Behandlung zur Aktivierung der Reflexlokomotion bei cerebralen Schädigungen aber auch Bewegungsstörungen anderer Art.

In der Vojta-Therapie wird der Belastbarkeit und der Beziehung zu den Hauptbezugspersonen besondere Aufmerksamkeit und Beachtung geschenkt.

Aus unserer Sicht ist für Vojta-Therapie wie für alle anderen Therapien hinsichtlich der Qualitätskontrolle Folgendes erforderlich:

- die Weiterentwicklung von Therapie-Konzepten, mit Integration neuer Forschungsergebnisse
- wissenschaftliche Untersuchungen zur Evidenz der Therapien auch hinsichtlich unterschiedlicher Lebens-Bereiche- z.B. Motorische Entwicklung, Teilhabe-Selbstständigkeit, Zufriedenheit, Beziehungsqualität zu wichtigen Bezugspersonen
- die Supervision der Behandlung

Mit freundlichem Gruß

Jens Vandré

1. Vorsitzender der Vereinigung für Interdisziplinäre Frühförderung – Bundesvereinigung e. V.

Berlin, den 10.06.2025

FRAGEBOGEN
Überprüfung der Heilmittel-Richtlinie hinsichtlich der Regelungen zur Krankengymnastik zur Behandlung von ZNS-Erkrankungen

Gemeinsamer Bundesausschuss

VIFF-BY 05.06.2025

Teil I Allgemeine Fragen zur Vojta-Therapie

1. Welche wesentlichen Wirkprinzipien liegen Ihrer fachlichen Ansicht nach der Vojta-Therapie zugrunde?

1.1 Welche der genannten Wirkprinzipien sind für die Behandlung von Erkrankungen des zentralen Nervensystems (einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen) relevant?

1.2 Gibt es hinsichtlich der Wirkprinzipien Unterschiede in der Behandlung von Säuglingen und Kindern und Erwachsenen?

1.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

1.1 Durch die Vojta-Therapie wird vorrangig die autochtone Rückenmuskulatur und die Bauchmuskulatur gestärkt. Dadurch kann der Bewegungsfreiraum und -Qualität des Rumpfes und der Extremitäten verbessert werden.

1.2 Es gibt keine Unterschiede

1.3 Sánchez-González JL, Sanz-Esteban I, Menéndez-Pardiñas M, Navarro-López V and Sanz-Mengíbar JM (2024) Critical review of the evidence for Vojta Therapy: a systematic review and meta-analysis. Front. Neurol. 15:1391448. doi: 10.3389/fneur.2024.1391448

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?

2.1 Entspricht die Behandlung nach dem Vojta-Konzept dem heutigen allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse?

2.2 Gibt es zu dem derzeit praktizierten Vojta-Konzept aktuelle relevante Unterlagen und Dokumente (z. B. Curricula, Anleitungen für Bezugspersonen, Aufklärungen etc.) und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

2.1 Die Technik hat sich nicht grundlegend geändert. Bei Säuglingen und Kleinkindern hat sich die Herangehensweise deutlich verändert hinsichtlich des interaktionellen Umgangs der TherapeutInnen mit dem kleinen Kind; es wird großer Wert auf den kontinuierlichen Kontakt und Kommunikation mit dem Kind gelegt. In der Anleitung der Eltern steht der Beziehungsaspekt im Vordergrund, sowohl vor, während und nach der Behandlung. Die Therapie steht im Einvernehmen mit den Eltern. Die Therapie muss abgebrochen, bzw. beendet werden bei Eskalationen und Eltern-Kind-Beziehungsstörungen.

2.2 Curriculum der Weiterbildung- Vojta-Therapiekurse liegt bei der VDEK und beim IFK vor

3. Wird die Vojta-Therapie heute noch als eigenständige Therapieform angewandt, oder wird sie in der Praxis zunehmend mit anderen Konzepten kombiniert?

3.1 Falls sie kombiniert wird: Mit welchen anderen Therapieansätzen wird sie häufig verknüpft?

3.2 Gibt es Evidenz zur Wirksamkeit dieser kombinierten Ansätze?

3.1 Die Therapie wird mit den Bedürfnissen des Kindes, der Eltern und des Umfelds abgestimmt. Häufig wird die Therapie nach dem Vojta-Prinzip mit dem Handling nach dem Bobath-Konzept kombiniert. Kombination auch mit Hilfsmittelversorgung.

3.2 – keine bekannt

4. Bei welchen Erkrankungen des zentralen Nervensystems (einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen) sollte Ihrer fachlichen Ansicht nach die Vojta-Therapie angewendet werden?

4.1 Indikationen bei Säuglingen und Kindern?

4.2 Indikationen bei Erwachsenen?

4.1 – Erkrankungen des ZNS: unilaterale und bilaterale Cerebralparese; sämtliche Schädigungen des Rückenmarks und ZNS- z.B. Spina bifida, Plexusparese, Querschnittslähmungen,

- Muskuläre Erkrankungen, z.B. Muskeldystrophie, muskuläre Hypotonien; Kinder mit genetisch bedingten Muskelschwächen

- Skoliose, Deformitäten der knöchernen Strukuren

- Herz-Lungenerkrankungen (Verbesserung der Atemmechanik) z.B. Bronchopulmonale Dysplasie, Mukoviszidose

4.2 – Erkrankungen des ZNS- z.B. Schlaganfall, Tumoren, degenerative Erkrankungen. Erkrankungen des Bewegungsapparates- z.B. Bandscheibenvorfall. Muskuläre Erkrankungen.

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)?

5.1 Kontraindikationen bei Säuglingen und Kindern?

5.2 Kontraindikationen bei Erwachsenen?

5.1 Akute entzündliche ZNS-Erkrankungen. Akute entzündliche Erkrankungen im Allgemeinen; Erhöhte Vorsicht bei Instabilität des Cranio-cerebralen Übergangs und bei Osteogenesis imperfecta (trifft für alle therapeutischen Maßnahmen zu).

Beziehungs- und Bindungsstörungen zwischen Kind und behandelndem Elternteil

5.2. Akut entzündliche ZNS- Erkrankungen; Akutstadium von Schlaganfall und Herzinfarkt; akute- entzündlich aktive Erkrankungen

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?

6.1 Bitte beschreiben Sie diese Bestandteile näher.

6.2 Gibt es einen Unterschied in der Behandlung von Säuglingen und Kindern und Erwachsenen?

6.3 Welcher Anteil der Therapie wird bei der Behandlung von Physiotherapeutinnen und -therapeuten erbracht und welcher Anteil der Therapie ist von den Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige) durchzuführen?

6.3.1 Bei Säuglingen und Kindern?

6.3.2 Bei Erwachsenen?

6.1 Koordinationskomplexe: Reflexkriechen und Reflexumdrehen. – Verweis an Physiotherapeuten zu genaueren Darstellung

6.2 kein Unterschied- siehe 1.2

6.3.1 In Abstimmung mit den Eltern

6.3.2 Ausschließlich TherapeutIn

7. Gibt es Ihrer fachlichen Ansicht nach physiotherapeutische Behandlungsalternativen zur Therapie nach Vojta bei Erkrankungen des zentralen Nervensystems?

7.1 Bei Säuglingen und Kindern?

7.2 Bei Erwachsenen?

7.1 7.2 Es gibt keine vergleichbare Therapie, die auf eine reflektorische sensomotorische Reaktion hervorruft

8. Welche Rolle/Bedeutung haben Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige) Ihrer fachlichen Ansicht nach im Behandlungskonzept der Vojta-Therapie und nach welchen Entscheidungskriterien/Kontraindikationen werden Bezugspersonen aktiv in die Behandlung einbezogen (z. B. selbstständige Durchführung im häuslichen Umfeld)?

8.1 Bei Säuglingen und Kindern?

8.2 Bei Erwachsenen?

8.1 Eltern bzw. Bezugspersonen haben eine zentrale Bedeutung. Die Therapie findet in enger Abstimmung mit den Bezugspersonen statt. Die Vojta-Therapie wird bei einer Eltern-Kind-Beziehungsstörung ausdrücklich nicht empfohlen.

8.2 nur im Einverständnis mit dem Patienten oder ggf. Vormund

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?

9.1 Bei Säuglingen und Kindern?

9.2 Bei Erwachsenen?

9.1 Praktische Anleitung der Eltern am Kind in Abstimmung mit den elterlichen Kompetenzen.

10. Welche Mechanismen oder Protokolle existieren, um mögliche unerwünschte Wirkungen frühzeitig und auch im Langzeitverlauf zu erkennen und zu dokumentieren?

10.1 Bei der Anwendung durch Physiotherapeutinnen und -therapeuten?

10.2 Bei der Anwendung durch Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige)?

10.3 Gibt es hierzu relevante Unterlagen/Dokumente und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

10.1 Befunderhebung mit Assesments, Verlaufsdokumentation, Evaluierung (allgemeine Vorgehensweise in der Physiotherapie)

10.2 Enge Abstimmung und regelmäßige Besprechungen mit den Eltern, bzw. Bezugspersonen

10.3 Allgemeine Vorgehensweise in der Physiotherapie

Teil II Besondere Fragen zur Vojta-Therapie bei Säuglingen und Kindern

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich ausschließlich auf die Behandlung von Erkrankungen des zentralen Nervensystems (einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen) bei der Durchführung der Vojta-Therapie bei Säuglingen und Kindern.

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)?

Siehe Antworten 1.1 und 7

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?

12.1 Wenn ja, bitte beschreiben Sie diese näher.

12.2 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

Siehe Antworten 1.1 und 7

Gerade bei schwer mehrfach behinderten Kindern und Erwachsenen mit und ohne mentalen Einschränkungen. Die Aktivierung durch die Vojtatherapie ist unabhängig von den kognitiven Fähigkeiten des Patienten.

13. Besteht Ihrer fachlichen Ansicht nach bei der unmittelbaren Anwendung der Vojta-Therapie bei Säuglingen und Kindern ein daraus folgendes Schädigungspotenzial?

13.1 Bei der Anwendung durch Physiotherapeutinnen und -therapeuten?

13.2 Bei der Anwendung durch Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige)?

13.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

Bei achtsamem Umgang mit dem Patienten und einer guten Anleitung der Eltern/Bezugspersonen mit Berücksichtigung der Kontraindikationen (siehe Antworten 5.) gibt es kein Schädigungspotential.

https://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwi9p8PBwdqNAxWL7rsIHVlQB2IQFnoECBsQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.researchgate.net%2Fpublication%2F47673248_Chest_physiotherapy_in_preterm_infants_with_lung_diseases&usg=AOvVaw0gtPwV_Up8YzyCSKGLTv-B&cshid=1749134574837257&opi=89978449

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)?

14.1 Bei der Anwendung durch Physiotherapeutinnen und -therapeuten?

14.2 Bei der Anwendung durch Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige)?

14.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

14.1 Bei Berücksichtigung der Kontraindikationen sehen wir keine Spätfolgen. Achtsamer und wertschätzender Umgang, entwicklungsensprechende Kommunikation mit dem Patienten.

14.2 Therapeut muss mit den Eltern/Bezugspersonen in engem Austausch und die Therapie entsprechend den Möglichkeiten der Eltern/Bezugspersonen anpassen unter Berücksichtigung der Kontraindikationen.

15. Welche psychischen Belastungen oder direkten Stressreaktionen können Ihrer fachlichen Ansicht nach bei der Durchführung der Vojta-Therapie entstehen?

15.1 Bei Säuglingen und Kindern?

15.2 Bei Bezugspersonen (z. B. Eltern, weiteren Angehörigen)?

15.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

15.1 Die Behandlung nach Vojta ist für den Säugling/ das Kleinkind körperlich anstrengend; das Kind wird in eine Haltung gebracht, festgehalten und in eine Bewegung aktiviert. Der Säugling/das Kleinkind zeigt seine Abwehr mit Schreien. Der Säugling/das Kleinkind erlebt aber nach der Behandlung eine vermutlich wohltuende Entspannung- dies zeigt sich in der positiven Auswirkung auf die Körperhaltung. In bestimmten Alltagsroutinen (z.B. Wickeln, Grenzsetzungen) oder bei ärztlichen Untersuchungen/Behandlung können vergleichbare Situationen auftreten. Ausschlaggebend ist die kontinuierliche Kommunikation mit dem Kind.

15.2 Gute und kompetente Anleitung der Bezugsperson/Eltern ist zentral. Es ist schwer zu differenzieren zwischen Elterlichem Stress und psychischer Belastung durch die Erkrankung des Kindes mit möglicherweise fortbestehender Behinderung und Folge der Therapie/Behandlung. Wenn Eltern sehr unter Druck sind, ist es möglich, dass sie diesen Druck auch in der Therapie weitergeben.

16. Hat sich die fachliche Einschätzung hinsichtlich der psychischen Belastbarkeit von Säuglingen und Kindern sowie 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?

Die Herangehensweise hat sich grundsätzlich geändert seit den 70er Jahren.

Die Kleinkindforschung hat in der Herangehensweise in der Behandlung von Säuglingen und Kleinkindern Einzug gehalten, nicht nur in der Vojta-Therapie- auch z.B. in der Verhaltenstherapie, Wahrnehmung der kindlichen Signale, Eltern-Kind-Beziehung.

In der Vojta-Therapie-Ausbildung werden diese Aspekte selbstverständlich berücksichtigt und vermittelt. Die Supervision gehört heute zu den Qualitätsstandards.

Von: [redacted]
An: Rip, Marjan; [redacted]
Betreff: WG: Vojta Therapie - Prüfung der Heilmittelrichtlinien hinsichtlich der Physiotherapie
Datum: Dienstag, 10. Juni 2025 15:27:46
Anlagen: ClaimmitLogo_835c88c5-4c30-4ea9-895c-c09dd72a1548.JPG
Vojta Fragebogen.docx

ACHTUNG: Hierbei handelt es sich um eine externe E-Mail. Seien Sie achtsam beim Öffnen von Links und Anhängen.
Sollten Sie sich unsicher sein, kontaktieren Sie uns gern unter it@g-ba.de.

Sehr geehrte Frau Rip,

hier leite ich Ihnen eine weitere Stellungnahme zu Ihrer Befragung einer der von mir angeschriebenen Vorstandsmitglieder der VIFF-Ländervereinigungen zur Kenntnisnahme durch den Gemeinsamen Bundesausschuss zu.
Diese ging mir soeben zu.
Diese Stellungnahme ändert nichts inhaltlich an der Stellungnahme der Vereinigung für Interdisziplinäre Frühförderung - Bundesvereinigung (VIFF) e. V.

Mit freundlichem Gruß
[redacted]

1. Vorsitzender der Vereinigung für Interdisziplinäre Frühförderung - Bundesvereinigung e. V.

Von: [redacted]
Gesendet: Dienstag, 10. Juni 2025 14:27
An: [redacted]
Betreff: Vojta Therapie

Sehr geehrter Herr [redacted],
anbei leider verspätet noch eine Stellungnahme zur Vojta Therapie.

Mit freundlichen Grüßen!

[redacted] und Vorsitzende VIFF Sachsen e.V.
Leiterin Frühförderung

Lebenshilfe Dresden e.V.

Wintergartenstr. 13
01307 Dresden

[redacted]
www.Lebenshilfe-Dresden.de
UST-Id-Nr. DE158457117

FRAGEBOGEN
Überprüfung der Heilmittel-Richtlinie hinsichtlich der Regelungen zur Krankengymnastik zur Behandlung von ZNS-Erkrankungen

Gemeinsamer Bundesausschuss

Physiotherapie/Frühförderung Lebenshilfe Dresden e.V. 06.06.2025

Teil I Allgemeine Fragen zur Vojta-Therapie

1. Welche wesentlichen Wirkprinzipien liegen Ihrer fachlichen Ansicht nach der Vojta-Therapie zugrunde?

1.1 Welche der genannten Wirkprinzipien sind für die Behandlung von Erkrankungen des zentralen Nervensystems (einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen) relevant?

1.2 Gibt es hinsichtlich der Wirkprinzipien Unterschiede in der Behandlung von Säuglingen und Kindern und Erwachsenen?

1.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

1.1. Reflektorische Bahnung und Abrufbarkeit der motorischen Bewegungsmuster, Anregung angeborener gespeicherter Bewegungsmuster
1.2. Dosierung,Ausgangsstellung,Kognition,Ansprache

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?

2.1 Entspricht die Behandlung nach dem Vojta-Konzept dem heutigen allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse?

2.2 Gibt es zu dem derzeit praktizierten Vojta-Konzept aktuelle relevante Unterlagen und Dokumente (z. B. Curricula, Anleitungen für Bezugspersonen, Aufklärungen etc.) und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

2.1. ja, stete Auseinandersetzung z.B.in Refresherkursen

2.2. ja,über Internationale Vojta-AG, siehe Website,z.B auch Flyer „Das Vojta-Prinzip“

3. Wird die Vojta-Therapie heute noch als eigenständige Therapieform angewandt, oder wird sie in der Praxis zunehmend mit anderen Konzepten kombiniert?

3.1 Falls sie kombiniert wird: Mit welchen anderen Therapieansätzen wird sie häufig verknüpft?

3.2 Gibt es Evidenz zur Wirksamkeit dieser kombinierten Ansätze?

3.1. Therapie wird eigenständig angewendet und auch so verordnet von Ärzten. Sollten lt. Arzt noch andere Therapieformen genutzt werden, dann wäre eine Zweitverordnung notwendig.

4. Bei welchen Erkrankungen des zentralen Nervensystems (einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen) sollte Ihrer fachlichen Ansicht nach die Vojta-Therapie angewendet werden?

4.1 Indikationen bei Säuglingen und Kindern?

4.2 Indikationen bei Erwachsenen?

4.1. siehe Heilmittelkatalog; Bsp.zentrale Koordinationsstörungen im Säuglingsalter,Zerebralparesen,periphere Lähmungen,Mitbehendlung bei Hüftdysplasie……

4.2. siehe Heilmittelkatalog; Bsp. Zerebralparese, versch.Muskelerkrankungen,orthopädisch relevante Störungen….

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)?

5.1 Kontraindikationen bei Säuglingen und Kindern?

5.2 Kontraindikationen bei Erwachsenen?

5.1. und 5.2. akute fieberhafte bzw. entzündliche Erkrankungen,Schwangerschaft

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?

6.1 Bitte beschreiben Sie diese Bestandteile näher.

6.2 Gibt es einen Unterschied in der Behandlung von Säuglingen und Kindern und Erwachsenen?

6.3 Welcher Anteil der Therapie wird bei der Behandlung von Physiotherapeutinnen und -therapeuten erbracht und welcher Anteil der Therapie ist von den Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige) durchzuführen?

6.3.1 Bei Säuglingen und Kindern?

6.3.2 Bei Erwachsenen?

6.1. befundgerechte Behandlung, korrekte Ausgangsstellung und Anpassung der Zonenauswahl für den einzelnen Patienten

6.2. Dosierung der Übungen und der Zeitspanne und Wiederholungen, bei Säuglingen sind Nervenbahnen oft lediglich blockiert, stehen aber grundsätzlich zur Verfügung_ZNS noch sehr formbar; Bei Erwachsenen steht der Zugriff auf ehemals gesunde Bewegungsmuster im Vordergrund mit dem Ziel der Vermeidung von Folgeserscheinungen,Schmerzen Einschränkung der Funktionalität

6.3.1. und 6.3.2. Anteil der Behandlung durch Therapeuten je nach Arztverordnung; Anteil an Elternarbeit individuell an Patient/Erkrankung/Familiensituation angepasst in stetem Kontakt zum Therapeuten

7. Gibt es Ihrer fachlichen Ansicht nach physiotherapeutische Behandlungsalternativen zur Therapie nach Vojta bei Erkrankungen des zentralen Nervensystems?

7.1 Bei Säuglingen und Kindern?

7.2 Bei Erwachsenen?

7.1. und 7.2. Um die Abrufbarkeit der angeborenen Bewegungsmuster zu nutzen-nein. Behandlungalternativen beinhalten ander Herangehensweisen(z.B. Bobath,PNF…)

8. Welche Rolle/Bedeutung haben Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige) Ihrer fachlichen Ansicht nach im Behandlungskonzept der Vojta-Therapie und nach welchen Entscheidungskriterien/Kontraindikationen werden Bezugspersonen aktiv in die Behandlung einbezogen (z. B. selbstständige Durchführung im häuslichen Umfeld)?

8.1 Bei Säuglingen und Kindern?

8.2 Bei Erwachsenen?

8.1. wichtig,denn sie kennen ihr Kind gut, beobachten oft gut und haben Interesse an guter Entwicklung ihres Kindes; Entscheidung je nach Zielsetzung und individuelle Anpassung auf Kind und Bezugspersonen sind möglich

8.2. Erarbeitung und Umsetzung individuell nach Zielsetzung und individuellen Möglichkeiten

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?

9.1 Bei Säuglingen und Kindern?

9.2 Bei Erwachsenen?

9.1. Erläuterung, Vorführung, gemeinsames Üben, regelmäßige Kontrolle und Austausch, Erfragen der angeleiteten Details, dazu Flyer und Zeichnung, evtl.auch Video, das Eltern von ihrem Kind in der Therapie machen und daheim verwenden können

9.2. erarbeitete Übungen wiederholen/kontrollieren, korrigieren,anpassen, evtl.mit Video arbeiten und auswerten

10. Welche Mechanismen oder Protokolle existieren, um mögliche unerwünschte Wirkungen frühzeitig und auch im Langzeitverlauf zu erkennen und zu dokumentieren?

10.1 Bei der Anwendung durch Physiotherapeutinnen und -therapeuten?

10.2 Bei der Anwendung durch Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige)?

10.3 Gibt es hierzu relevante Unterlagen/Dokumente und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

10.1. und 10.2. Ausweichbewegunen beobachten und korrigieren,Austausch mit Bezugspersonen zu Reaktionen nach Therapie, um Rückschlüsse auf Dosierung zu ziehen

10.3. Dokumentation

Teil II Besondere Fragen zur Vojta-Therapie bei Säuglingen und Kindern

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich ausschließlich auf die Behandlung von Erkrankungen des zentralen Nervensystems (einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen) bei der Durchführung der Vojta-Therapie bei Säuglingen und Kindern.

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)?

Reaktionen sind beschrieben und immer wieder gleich abrufbar durch die angewendeten Aktivierungszonen, auf reflektorische Bahnung folgt aktive Muskelarbeit; in anderen Therapien Bewegungs-und Handlungsstrategien erarbeiten

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?

12.1 Wenn ja, bitte beschreiben Sie diese näher.

12.2 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

12.1.klare Technik, klar definierte Zonen zum Auslösen der jeweiligen Reaktionen, keine Willkürmotorik notwendig, unabhängig von Kognition und Motivation

13. Besteht Ihrer fachlichen Ansicht nach bei der unmittelbaren Anwendung der Vojta-Therapie bei Säuglingen und Kindern ein daraus folgendes Schädigungspotenzial?

13.1 Bei der Anwendung durch Physiotherapeutinnen und -therapeuten?

13.2 Bei der Anwendung durch Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige)?

13.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

13.1. nein

13.2. nein-Eltern-Kind-Bindung vorhanden, wird dabei evtl.auch gestärkt,wenn Therapie positiv begelitet wird

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)?

14.1 Bei der Anwendung durch Physiotherapeutinnen und -therapeuten?

14.2 Bei der Anwendung durch Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige)?

14.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

14.1. nein

14.2. siehe 13.2. nein bzw.kann nicht eindeutig auf Therapie zurückgeführt werden

15. Welche psychischen Belastungen oder direkten Stressreaktionen können Ihrer fachlichen Ansicht nach bei der Durchführung der Vojta-Therapie entstehen?

15.1 Bei Säuglingen und Kindern?

15.2 Bei Bezugspersonen (z. B. Eltern, weiteren Angehörigen)?

15.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

15.1.vermehrtes Schreien während der Therapie, kann jedoch gut händelbar sein durch Beobachtung, Kommunikation, Anpassung

15.2.keine bei guter Aufklärung und Begleitung; Angst,etwas falsch zu machen, kann durch Wiederholung, stets Anleitung und Austausch ausgeschaltet werden

16. Hat sich die fachliche Einschätzung hinsichtlich der psychischen Belastbarkeit von Säuglingen und Kindern sowie 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?

Ja, es wird gut auf Eltern und Kinder und deren Befindlichkeiten eingegangen, das heißt, es ist ein Miteinander in der Therapie.

FRAGEBOGEN
Überprüfung der Heilmittel-Richtlinie hinsichtlich der Regelungen zur Krankengymnastik zur Behandlung von ZNS-Erkrankungen

Gemeinsamer Bundesausschuss

Sektion Ki-Ju-Ortho-Trauma und Sektion Rehabilitation - Physikalische Therapie der DGOU 02.06.2025

Teil I Allgemeine Fragen zur Vojta-Therapie

1. Welche wesentlichen Wirkprinzipien liegen Ihrer fachlichen Ansicht nach der Vojta-Therapie zugrunde?

1.1 Welche der genannten Wirkprinzipien sind für die Behandlung von Erkrankungen des zentralen Nervensystems (einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen) relevant?

1.2 Gibt es hinsichtlich der Wirkprinzipien Unterschiede in der Behandlung von Säuglingen und Kindern und Erwachsenen?

1.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

1.1 Die Vojta-Therapie basiert auf dem Prinzip der Reflexlokomotion und aktiviert über bestimmte definierte Reflexpunkte am Körper die Bewegungsmuster Reflexumdrehen und Reflexkriechen. Ihre Indikation erstreckt sich auf Kinder- und Jugendliche und Erwachsene mit neuromuskulären Erkrankungen, insbesondere spastische Bewegungsstörungen, kann aber auch zur motorischen Entwicklungsförderung bei sonst gesunden Säuglingen und jungen Kleinkindern eingesetzt werden. Beide Wirkmechanismen oder Wirkprinzipien sind für die Behandlung von Erkrankungen des zentralen Nervensystems (einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen) relevant.

1.2 Grundsätzlich bestehen keine Unterschiede der Wirkprinzipien zwischen Säuglingen und Kleinkindern und Erwachsenen. Bei Neugeborenen können vollständige Aktivierungen schon aus einer Körperzone heraus gelingen, während bei älteren Kleinkindern und Erwachsenen eine Kombination mehrerer Druckpunkte nötig ist. Die Vojta-Therapie ist immer eine kombinierte Therapie durch den Therapeuten und die häusliche Bezugsperson, die sich bei Kindern und Erwachsenen in der Regel unterscheidet.

1.3 Für die Wirksamkeit der Vojta-Therapie gibt es mittlere bis gute Evidenz (Stufe 2 bis 3).
Quellen:

Kanda et al: Motor outcome differences between two groups of children with spastic diplegia who received different intensities of early onseet physiotherapy followed for 5 years Brain Dev 2004; 26: 118-126

Sung, YH, H, SY: The Vojta approach changes thickness of abdominal muscles and gait children with spastic cerebral palsy: a randomized controlled trial, pilot study. Technol Health Care 2020; 28: 293-301

Epple, C et al: Vojta therapy improves postural control in very early stroke rehabilitation: a randomised controlled pilot study. Neurol Res Pract 2020; 2: 23

Eine weitere Studie mit höchstem Evidenzlevel ist offenbar begonnen, publiziert ist ledigich das Studienprotokoll: Menéndez-Pardinas, M et al: Effects of Vojta therapy on the motor function of children with neuromotor disorders: study protocol for a randomized controlled trial. J Clin Med 2023; 12: 7373

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?

2.1 Entspricht die Behandlung nach dem Vojta-Konzept dem heutigen allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse?

2.2 Gibt es zu dem derzeit praktizierten Vojta-Konzept aktuelle relevante Unterlagen und Dokumente (z. B. Curricula, Anleitungen für Bezugspersonen, Aufklärungen etc.) und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

2.1 Die Vojta-Therapie wurde prinzipiell nicht entscheidend verändert. Da sie aber ein komplexes Therapieverfahren darstellt, kann sie gut auf die individellen Bedürfnisse des Kindes oder des involvierten Elternteils angepasst werden. Dies wird gelegentlich als Modifikation der Behandlung interpretiert. Die Grundlage bildet die frühkindliche Spontanmotorik, die frühkindlichen Spontanreaktionen und die Lagereaktionen des Neugeborenen, Säuglings oder Kleinkinds. Das Konzept benutzt damit den heute allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse auf diesem Gebiet.

2.2 Die Ausbildung zum Vojta-Therapeuten wird in Kursen durch die Internationale Vojta Gesellschaft e.V. angeboten und koordiniret. Es existieren Standards Leitlinien und ein Curriculum. Ansprechpartner ist die Internationale Vojta Gesellschaft e.V. (www. vojta.com).

3. Wird die Vojta-Therapie heute noch als eigenständige Therapieform angewandt, oder wird sie in der Praxis zunehmend mit anderen Konzepten kombiniert?

3.1 Falls sie kombiniert wird: Mit welchen anderen Therapieansätzen wird sie häufig verknüpft?

3.2 Gibt es Evidenz zur Wirksamkeit dieser kombinierten Ansätze?

3.1. Die Vojta-Therapie wird sowohl als eigenständige Therapieform als auch in Konzepten mit anderen Therapieformen angewandt. Dabei kommen alle gängigen physiotherapeutischen Methoden zum Einsatz, häufig eine Kombination mit der Therapie nach Bobath oder manualtherapeutischen Techniken. Die alleinigen oder kombinierten Behandlungen kommen individualisiert zum Einsatz.

3.2 Es gibt positive Evidenz für die Kobination von Vojta mit Bobath in zwei Pilotstudien:

Ungureanu et al: Balance Rehabilitation Approach by Bobath and Vojta Methods in Cerebral Palsy: a pilot study. Children (Basel) 2022; 28: 1481

Parau et al: The benefits of combining Bobath and Vojta Therapies in infants with motor development impairment – a pilot study. Midicina (Kaunas) 2023; 59: 1883

4. Bei welchen Erkrankungen des zentralen Nervensystems (einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen) sollte Ihrer fachlichen Ansicht nach die Vojta-Therapie angewendet werden?

4.1 Indikationen bei Säuglingen und Kindern?

4.2 Indikationen bei Erwachsenen?

4.1 alle primären und sekundären neuromuskulären Erkrankungen des Säuglings und Kleinkindes und Kindes. Klinisch fassbare Entwicklungsverzögerungen des Säuglings.

4.2. alle primären und sekundären neuromuskulären Erkrankungen des Erwachsenen; Frührehabilitation nach Schlaganfällen

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)?

5.1 Kontraindikationen bei Säuglingen und Kindern?

5.2 Kontraindikationen bei Erwachsenen?

5.1. Kontraindikationen sind akute fieberhafte oder entzündliche Erkrankungen, Impfungen und Schwangerschaft. Daneben ist mangelnde Kooperation des Patienten oder/und fehlende Übernahmemöglickeit der häuslichen Therapieanteile durch die Bezugsperson als Kontraindikation zu diskutieren.

5.2. Die oben genannten Kontraindikationen gelten auch für Erwachsene.

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?

6.1 Bitte beschreiben Sie diese Bestandteile näher.

6.2 Gibt es einen Unterschied in der Behandlung von Säuglingen und Kindern und Erwachsenen?

6.3 Welcher Anteil der Therapie wird bei der Behandlung von Physiotherapeutinnen und -therapeuten erbracht und welcher Anteil der Therapie ist von den Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige) durchzuführen?

6.3.1 Bei Säuglingen und Kindern?

6.3.2 Bei Erwachsenen?

6.1 Reflexkriechen in Bauchlage zum Erzielen einer Kriechbewegung, Reflexdrehen aus Rücken- und Seitenlage zum Vorbereiten oder Erreichen eines Vierfüßlergangs

6.2. ja, da andere Rückmeldungen des Patienten andere Herangehensweisen des Therapeuten erforden. Technisch wird aber gleich behandelt. Bei Erwachsenen geht es um den Zugriff auf zuvor gesunde und normale Bewegungsmuster.

6.3 ein bis zwei Therapiesitzungen pro Woche (ca. 20 Minuten) ein bis mehrmals tägliche Übungseinheiten durch die Bezugsperson bis maximal 20 Minuten pro Einheit. Weitgehend identische Vorgehensweise bei Erwachsenen.

7. Gibt es Ihrer fachlichen Ansicht nach physiotherapeutische Behandlungsalternativen zur Therapie nach Vojta bei Erkrankungen des zentralen Nervensystems?

7.1 Bei Säuglingen und Kindern?

7.2 Bei Erwachsenen?

7.1 Bobath, manuelle Therapie, klassische Krankengymnastik bei kognitiv kooperierenden Patienten

7.2 siehe unter 7.1.

8. Welche Rolle/Bedeutung haben Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige) Ihrer fachlichen Ansicht nach im Behandlungskonzept der Vojta-Therapie und nach welchen Entscheidungskriterien/Kontraindikationen werden Bezugspersonen aktiv in die Behandlung einbezogen (z. B. selbstständige Durchführung im häuslichen Umfeld)?

8.1 Bei Säuglingen und Kindern?

8.2 Bei Erwachsenen?

8.1 Die Rolle der Bezugsperson ist für den Therapieerfolg entscheidend. In der Regel übernimmt die Mutter diese Rolle, grundsätzlich gilt aber, dass die Bezugsperson mit dem besten und stressfreiesten Zugang zum Kind für die Rolle am besten geeignet ist. Dabei muss die Bezugsperson nicht alle Elemente der Vojta-Therapie anwenden, sondern kann sich auf die in gutem Teamwork optimal anwendbaren begrenzen. Insbesondere Säuglinge und Kleinkinder reagieren im Rahmen der Vojta-Therapie mit Schreien. Dies erhöht die Anstrengung auf beiden Seiten , weshalb die Dosierung der Therapie hier entscheidend ist. Bezugspersonen, die damit nicht umgehen können sind ungeeignet.

8.2 Bei Erwachsenen kann die Bezugsperson der Lebenspartner oder auch ein Betreuer sein. Die Stressreaktionen bleiben bei Erwachsenen aus oder fallen sehr viel geringer aus.

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?

9.1 Bei Säuglingen und Kindern?

9.2 Bei Erwachsenen?

9.1 Die Schulung von Bezugspersonen sowie die Überprüfung der korrekten Durchführung und die Risikoaufklärung, erwünschte und unerwünschte Wirkungen etc. obliegt dem qualifizierten Vojta-Therapeuten. Er hat sich von der Durchführbarkeit der für die häuslichen Anwendungen vorgesehenen Übungen zu überzeugen und die Bezugsperson über die Anstrengungen und den Umgang mit unerwarteten Reaktionen des Kindes zu unterrichten. Er ist auch für die individuelle Gestaltung und korrekte Dosierung der Therapie außerhalb seiner direkten Einflussnahme verantwortlich. Die Überprüfung und gegebenenfalls Anpassung erfolgt durch die Rückmeldungen der Bezugsperson bei den Sitzungen mit dem Therapeuten.

9.2 siehe 9.1

10. Welche Mechanismen oder Protokolle existieren, um mögliche unerwünschte Wirkungen frühzeitig und auch im Langzeitverlauf zu erkennen und zu dokumentieren?

10.1 Bei der Anwendung durch Physiotherapeutinnen und -therapeuten?

10.2 Bei der Anwendung durch Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige)?

10.3 Gibt es hierzu relevante Unterlagen/Dokumente und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

10.1. und 10.2. Über die persönlichen Kontrollmechanismen seitens des Vojta-Therapeuten und der Bezugsperson gibt es keine institutionalisierten Protokolle zur Erfassung unerwünschter Wirkungen. Auch werden vereinzelt Verhaltensauffälligkeiten bei den Kindern (insbesondere auffälliges Schreien) von behandelnden Ärzten berichtet. Diskutiert werden vor allem psychische Langzeitfolgen der Vojta-Therapie im Säuglingsalter, die vor allem von Betroffenen geäußert werden. Aus den Berichten wird deutlich, dass dies vorwiegend von heute neurologisch gesunden Menschen vorgetragen wird.

10.3. Es gibt einige Fallberichte und Dokumente zu psychischen Langzeitfolgen von pädiatrischen Vojta-Patienten. Es gibt aber keine evidenz-basierten Studien zu diesen Langzeitfolgen, die in der wissenschaftlichen Fachliteratur abrufbar wären.

Quelle (exemplarisch)

Voos, D: Vojta-Therapie bei Babys – ein Aufschrei. Selbstveröffentlichung 2021

Teil II Besondere Fragen zur Vojta-Therapie bei Säuglingen und Kindern

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich ausschließlich auf die Behandlung von Erkrankungen des zentralen Nervensystems (einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen) bei der Durchführung der Vojta-Therapie bei Säuglingen und Kindern.

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)?

Vojta basiert auf der Aktivierung reflexgesteuerter Bewegungsmuster, Bobath hemmt pathologische Reflexe und fördert normale Bewegungsmuster. Bei der propriozeptiven neuromuskulären Fazilitation (PNF) werden propriorezeptive Reize zur Förderung komplexer Bewegungsmuster eingesetzt. Entsprechend der Behandlungsstrategie der einzelnen Methoden sind ihre optimalen Einsatzgebiete unterschiedlich.

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?

12.1 Wenn ja, bitte beschreiben Sie diese näher.

12.2 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

12.1 Vojta hat Vorteile bei allen Störungen des zentralen Nervensystems und neuromuskulären Bewgungsstörung im Kindes – und Erwachsenenalter, die mit einem limitierten Zugang und stark eingeschränkter Kooperationsfähigkeit des Patenten einhergehen. Das trifft besonders auf Neugeborene und Säuglinnge und auf schwer bis schwerst neurologisch Geschädigte im GMFCS-Level III bis V zu.

12.2 Gesicherte Evidenz existiert zu diesem Thema nicht.

13. Besteht Ihrer fachlichen Ansicht nach bei der unmittelbaren Anwendung der Vojta-Therapie bei Säuglingen und Kindern ein daraus folgendes Schädigungspotenzial?

13.1 Bei der Anwendung durch Physiotherapeutinnen und -therapeuten?

13.2 Bei der Anwendung durch Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige)?

13.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

13.1 Bei korrekter und verantwortungsbewusster Anwendung der Vojta-Therapie besteht kein nachgewiesenes Schädigungsptenzial.

13.2. Vielfach wird auf den großen Stress, dem sich Patient und Bezugsperson unterwerfen, hingewiesen. Händelbar wird dies im allgemeinen dadurch, dass die therapeutische Intervention und Intensität an die individuelle Situation angepasst wird. Langzeitfolgen sind in der Literatur nicht nachgewiesen. Vergleicht man die Vojta-Therapie mit der Bobath-Therapie wird dieses erhöhte Stress-Niveau zu Beginn der Therapie messbar, das sich aber im weiteren Verlauf nivelliert. Dazu passen auch die Hinweise, dass das Schreien nur bei Säuglingen und jungen Kleinkindern problematisch sein kann und mit zunehmendem Alter kein Problem mehr darstellt.

13.3 Quelle (allerdings > 20 Jahre alt):

Ludewig, A, Mähler C: Early Vojta- or Bobath-physiotherapy: what is the effect on mother-child relationship? Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr 1999; 48: 326-339

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)?

14.1 Bei der Anwendung durch Physiotherapeutinnen und -therapeuten?

14.2 Bei der Anwendung durch Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige)?

14.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

14.1 Bei korrekter und verantwortungsbewusster Anwendung der Vojta-Therapie bestehen keine wissenschaftlich begründeten Risiken auf somatische, psychische oder soziale Spätfolgen.

14.2. Der große Stress, dem sich Patient und Bezugsperson unterwerfen, kann mit entsprechender therapeutischer Intervention und Anpassung der Intensität an die individuelle Situation gesteuert werden. Langzeitfolgen sind in der Literatur nicht nachgewiesen. Die nicht-wissenschaftlichen Berichte beziehen sich fast ausschließlich auf Anwendungen im Säuglingsalter.

14.3 Wissenschaftliche Evidenz wurde trotz umfassender Literaturrecherche nicht gefunden.

15. Welche psychischen Belastungen oder direkten Stressreaktionen können Ihrer fachlichen Ansicht nach bei der Durchführung der Vojta-Therapie entstehen?

15.1 Bei Säuglingen und Kindern?

15.2 Bei Bezugspersonen (z. B. Eltern, weiteren Angehörigen)?

15.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

15.1 überwiegend schwer kontrollierbares Schreien bei Säuglingen. Eine Therapieunterbrechung oder-modifkation kann dieses Phänomen positiv beeinflussen.

15.2. großer psychicher Stress und schwere psychische Belastungssituationen. Die Bezugsperson, hat Angst den positiven Einfluss auf das Kind zu verlieren. Nach der oben angegebenen Literatur (Ludewig et Mäher 1999) wird die Belastung aber auf Dauer nicht höher bleiben als mit ähnlichen anderen Therapien. Mütter (höhere Stress- und Angst-Werte) reagieren hierbei anders als Väter (niedrigere Werte bei Stimmung und Zufriedenheit). Eine frühzeitige Adressierung dieser Thematik zu Beginn einer solchen Vojta-Therapie erscheint notwendig und wird möglicherweise heutzutage noch vernachlässigt.

15.3 Quelle

Strojek et al: Assessment of the emotional state of parents of children starting the Vojta therapy in the context of physical activity – a pilot study. Int J Environ Res Public Health 2022; 19: 10691

16. Hat sich die fachliche Einschätzung hinsichtlich der psychischen Belastbarkeit von Säuglingen und Kindern sowie 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?

Das Bewusstsein für eine schwierige Interaktion zwischen Kind und Bezugsperson(en) ist durch die zunehmenden Berichte über eventuelle Spätschäden sensibilisiert worden. Allerdings hat dies noch nicht dazugeführt, hierzu dringend nötige Studien aufzusetzen. Dennoch ist unter den Vojta-Therapeuten erkennbar geworden, dass ein sensiblerer Umgang mit diesen Themen auch frühzeitig mit Beginn der Therapie nötig ist, um erfolgreich zu Ende therapieren zu können. Deshalb wird immer stärker der individualisierte Charakter der Vojta-Therapie herausgestellt.

Von vielen Betroffenen mit neurologisch erkrankten Kindern wird aber ebenso der unschätzbare Wert der Vojta-Therapie herausgehoben.

Deutscher Verband für Physiotherapie e.V. Datum 02.06.2025

Teil I Allgemeine Fragen zur Vojta-Therapie

1. Welche wesentlichen Wirkprinzipien liegen Ihrer fachlichen Ansicht nach der Vojta-Therapie zugrunde?

1.1 Welche der genannten Wirkprinzipien sind für die Behandlung von Erkrankungen des zentralen Nervensystems (einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen) relevant?

1.2 Gibt es hinsichtlich der Wirkprinzipien Unterschiede in der Behandlung von Säuglingen und Kindern und Erwachsenen?

1.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

1.1
Durch seine Beobachtungen in den 50er Jahren schlussfolgerte Prof. Dr. Vojta, dass komplexe Bewegungsmuster auf ein angeborenes artspezifisches Fortbewegungs- und Aufrichtungsprogramm zurückzuführen sind.
Dieses beinhaltet

- die Steuerung der Körperlage im Raum
- die Aufrichtung gegen die Schwerkraft
- eine zielgerichtete Bewegung (Greifen, Fortbewegen)

Durch die Therapie wird das gesamte Innervationsgebiet des Organismus angesprochen (motorische Zentren, autonomes Nervensystem, Sensorik, propriozeptives System).
Relevant ist die gezielte Aktivierungsmöglichkeit der neuronalen Strukturen über das Bahnungssystem der Afferenzen und Efferenzen.
Über das Stimulieren/Aktivieren definierter Zonen in genau festgelegten Ausgangsstellungen wird ein Zugang zum ZNS geschaffen (das Potential des ZNS wird komplett ausgeschöpft), um diese angeborenen, globalen Muster (bestehend aus vielen Teilmustern) „abzurufen“.
Je nach Diagnose und Schädigungsgrad sind die Patienten nicht in der Lage, diese Muster vollständig und oder teilweise abzurufen und es kommt zu Kompensationsmustern in der Spontanmotorik.
Dem “gestörten“ ZNS wird über die Bahnung physiologischer Muster ein entsprechend Aktivationszustand zur Speicherung angeboten, der im weiteren Verlauf in der Spontanmotorik zur Verfügung stehen soll.

Die genau definierten und erwarteten Bewegungsantworten und vegetativen Reaktionen erlauben Rückschlüsse über den Erfolg und Verlauf der Therapie. Es bedarf nicht der Willkürmotorik des Patienten („Alleinstellungsmerkmal“).

1.2.
Die „Ansprache“ des ZNS ist in jedem Alter/Zustand gegeben. Daher ist die Behandlung von Säuglingen und schwerst neurologisch betroffenen Patienten, die selbst keinen Zugang zu einer eigenen Motorik haben, möglich. Im Fokus steht die Frühbehandlung.
Das Zeitfenster der Reorganisation ist bei angeborenen (im 1.Lebensjahr) als auch erworbenen Schädigungen (Frühphase nach Eintritt eines Traumas) entscheidend. Sobald sich eine deutliche Ersatzmotorik etabliert hat, ist der Zugang zu den angeborenen, physiologischen Mustern erschwert. Während man in der Frühtherapie besonders die Neuroplastizität des kindlichen ZNS „ausnutzt“, steht der Fokus im Erwachsenenbereich auf dem Zugriff ehemals physiologischer Haltungs - und Bewegungsmuster. Die neuronale Plastizität im Erwachsenenalter ist ein wichtiges Thema in der Neurowissenschaft. Obwohl die Kapazität zur synaptischen Plastizität und damit auch zum Lernen und Erinnern, nicht das ganze Leben lang konstant bleibt, kann sie weiterhin aktiv genutzt werden. Es wird gemeinsam mit dem Patienten ein individuelles Therapieziel definiert, um eine bestmögliche Alltagskompetenz und Teilhabe zu erarbeiten. Bei leicht bis mittelschwer betroffenen kommt es über die Aktivierung der Reflexlokomotion zu einer reduzierten Ausprägung der Ersatzmotorik. Die individuelle Alltagskompetenz ist umfangreicher umsetzbar. Sekundärprobleme wie Schmerzen, Kraftminderung, funktionelle Einschränkungen (Gelenkprobleme etc.) sollen reduziert bzw. minimiert werden. Die durch die Aktivierung zu beobachtenden positiven Effekten (wie

verbesserte Motivation, Ausdauer, Sprachanbahnung, Sensorik etc.) lassen auf einen Einfluss höherer kortikaler Strukturen schließen.

1.3.
Sánchez-González JL, Díez-Villoria E, Pérez-Robledo F, Sanz-Esteban I, Llamas-Ramos I, Llamas-Ramos R, de la Fuente A, Bermejo-Gil BM, Canal-Bedia R, Martín-Nogueras AM. Synergy of Muscle and Cortical Activation through Vojta Reflex Locomotion Therapy in Young Healthy Adults: A Pilot Randomized Controlled Trial. Biomedicines. 2023 Dec 1;11(12):3203. doi: 10.3390/biomedicines11123203. PMID: 38137425; PMCID: PMC10740470.

Hok, P., Opavský, J., Labounek, R., Kutín, M., Šlachtová, M., Tüdös, Z., Kaňovský, P., & Hluštík, P. (2019). Differential Effects of Sustained Manual Pressure Stimulation According to Site of Action. *Frontiers in neuroscience*, *13*, 722. https://doi.org/10.3389/fnins.2019.00722

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?

2.1 Entspricht die Behandlung nach dem Vojta-Konzept dem heutigen allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse?

2.2 Gibt es zu dem derzeit praktizierten Vojta-Konzept aktuelle relevante Unterlagen und Dokumente (z. B. Curricula, Anleitungen für Bezugspersonen, Aufklärungen etc.) und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

2.1
Ja neue Erkenntnisse werden evaluiert und fortlaufend in die Weiterbildung integriert.

2.2
Curricula und Empfehlungen:
Leitlinien und Standards der Internationale Vojta Gesellschaft (IVG)
Curriculum der IVG

Bücher:
Vojta, V., & Peters, A. (2007). *Das Vojta-Prinzip*. Springer-Verlag.
Vojta, V. (2008). *Die zerebralen Bewegungsstörungen im Säuglingsalter*. Georg Thieme Verlag.
Orth, H. (2017). *Das Kind in der Vojta-Therapie*. Elsevier Health Sciences.
Vojta, V., & Schweizer, E. (2009). *Die Entdeckung der idealen Motorik*.
Hammerschmidt, U., & Koch, J. (2018). *Leitfaden Physiotherapie in der Pädiatrie*. Elsevier Health Sciences
Ackermann, W., Stuhlfelder, U., & Georg. (2022). *Physiotherapie in der Pädiatrie*. Stuttgart Georg Thieme Verlag.

3. **Wird die Vojta-Therapie heute noch als eigenständige Therapieform angewandt, oder wird sie in der Praxis zunehmend mit anderen Konzepten kombiniert?**

3.1 Falls sie kombiniert wird: Mit welchen anderen Therapieansätzen wird sie häufig verknüpft?

3.2 Gibt es Evidenz zur Wirksamkeit dieser kombinierten Ansätze?

3.1.
Die Vojta-Therapie wird als eigenständige Therapieform angewandt und ist im ambulanten und stationären Setting häufig ein Baustein im interdisziplinären Therapieansatz.
Durch die Verbesserung in der Körperhaltungssteuerung kommt es zu einer optimierten Voraussetzung für Ergotherapie, Logopädie und die Frühförderung.
Bei einigen Diagnosen wird Vojta mit Manueller Therapie, Bobath, und /oder Osteopathie kombiniert.
Im stationären Bereich wird Vojta häufig vor aktivierenden Pflegeeinheiten bzw. zur Verbesserung der Füttersituation (Neonatologie) eingesetzt.

3.2.
Epple C, Maurer-Burkhard B, Lichti MC, Steiner T. Vojta therapy improves postural control in very early stroke rehabilitation: a randomised controlled pilot trial. Neurol Res Pract. 2020 Aug 20;2:23. doi: 10.1186/s42466-020-00070-4. PMID: 33324926; PMCID: PMC7650119.

Laufens, G., Poltz, W., Prinz, E., Reimann, G., & Schmiegelt, F. (1999). Verbesserung der Lokomotion durch kombinierte Laufband-/Vojta-Physiotherapie bei ausgewählten MS-Patienten. *Physikalische Medizin Rehabilitationsmedizin Kurortmedizin*, *09*(05), 187–189. https://doi.org/10.1055/S-2008-1061803

4. **Bei welchen Erkrankungen des zentralen Nervensystems (einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen) sollte Ihrer fachlichen Ansicht nach die Vojta-Therapie angewendet werden?**

4.1 Indikationen bei Säuglingen und Kindern?

4.2 Indikationen bei Erwachsenen?

4.
Generell ist die Therapie diagnoseübergreifend und altersunabhängig als Basistherapie bei allen neurologischen, neuroorthopädischen und neuromuskulären Krankheitsbildern einsetzbar

4.1.
<u>ZNS /PNS</u>
Infantile Cerebralparese (ICP)
Arthrogryposis multiplex congenita (AMC)
Myelomeningocele (MMC)
Plexusparese
Entwicklungsverzögerungen und Entwicklungsstörungen

<u>Neuroorthopädisch</u>
Symmetriestörung, Fußfehlstellungen, Skoliose, Hüftdysplasie
Syndromale genetische Erkrankungen
Probleme in der Atmung, Schluck - und Kaufunktion
Positive Effekte wurden auch bei Regulationsstörungen gemacht.
Ein Schlafrhythmus stellte sich ein, exzessives Schreien reduzierte sich, Nahrungsaufnahme verbesserte sich

4.2.
Multiple Sklerose (MS)
Schlaganfall, Querschnittslähmungen
Orthopädische Krankheitsbilder

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)?

5.1 Kontraindikationen bei Säuglingen und Kindern?

5.2 Kontraindikationen bei Erwachsenen?

5.1.
Es gelten die generellen Kontraindikationen bei physiotherapeutischen Interventionen.
(Fieber, entzündliche Erkrankungen, Glasknochenkrankheit, Tumorerkrankungen).

- Nach OP´s, bis der Kreislauf stabil ist, keine Blutungsgefahr besteht und die Narbe belastungsfähig ist.
- Nach Impfung mit Lebendimpfstoffen 10 Tage Pause (nach Rücksprache mit dem Arzt)
- Epilepsien in der Phase der medikamentösen Einstellung, in der initialen Phase bei Anwendung von Antikonvulsiva und Steroiden
- Vojta sollte nicht zum Einsatz kommen bei Anzeichen auf gravierende Störungen des Kindes zur Bezugsperson, bei psychischer Erkrankung der Bezugsperson, bei Verdacht auf Kindesmisshandlung, mangelnde Akzeptanz der Bezugsperson,

5.2
Siehe oben
mangelnde Akzeptanz des erwachsenen Patienten, Schwangerschaft

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?

6.1 Bitte beschreiben Sie diese Bestandteile näher.

6.2 Gibt es einen Unterschied in der Behandlung von Säuglingen und Kindern und Erwachsenen?

6.3 Welcher Anteil der Therapie wird bei der Behandlung von Physiotherapeutinnen und -therapeuten erbracht und welcher Anteil der Therapie ist von den Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige) durchzuführen?

6.3.1 Bei Säuglingen und Kindern?

6.3.2 Bei Erwachsenen?

6.1.
Kenntnisse über:
die Inhalte des Vojta Prinzips
Kenntnisse bzgl. der normalen und pathologischen motorischen Entwicklung
<u>Ausführliche Befundanalyse</u>
Den therapeutischen Fokus erkennen und verbalisieren, auf Fragen adäquat antworten

<u>Clinical reasoning</u>
Therapieziel mit Eltern oder erwachsenen Patienten definieren und ein darauf angepasstes Behandlungsprogramm erstellen.

<u>Therapiedurchführung</u>
Die Technik der Aktivierung beherrschen, Ausweichmuster erkennen und damit umgehen, die Therapie der jeweiligen Situation anpassen (kontrollierte und fein gesteuerte Aktivierung in Abhängigkeit von Belastbarkeit und den zu beobachtenden Bewegungsantworten)

<u>Elternanleitung</u>
Theoretische und praktische Anleitung der Bezugsperson, angemessene Fehlerkorrektur,
sicheres Erkennen einer problematischen Therapiesituation.

Hilfestellung für die Eltern bzgl. Erkennen und Umgang mit den Kommunikationssignalen des Kindes (Mimik, Art und Veränderung der Vokalisation, Blickkontakt)
Ansprache des Kindes /Stimmführung, Beruhigungsstrategien.
Theoretische Inhalte siehe Curriculum der IVG

6.2.
Die Grifftechnik bei der Durchführung der Vojta Therapie ist bei Säuglingen, Kindern und Erwachsenen eine andere. Aus diesem Grunde gibt es zwei unterschiedliche Kursangebote an die Physiotherapeut*innen. Den Kinderkurs mit 320 Unterrichtsstunden und den Erwachsenenkurs mit 240 Unterrichtsstunden.
Mit erwachsenen Patienten kann kommuniziert werden, das Einnehmen der Ausgangsstellung kann vom Patienten ggf. mit Unterstützung selbständig durchgeführt werden.
Das „Sichern" der korrekten Ausgangsstellung kann verbal erfolgen.
Veränderungen unter der Therapie können direkt kommuniziert werden.

6.3.1
Die Therapie erfolgt regelmäßig in der Praxis.
Sie wird hinsichtlich Intensität pro Einheit und Häufigkeit der Einheiten pro Tag, der Diagnose und Belastbarkeit von Kind und Eltern angepasst.

Die Verteilung der Anteile richtet sich nach dem Schwerpunkt der jeweiligen Therapiesituation.
Kontrolle mit Korrektur, Einführung einer neuen Ausgangsstellung, Umstellung und Erweiterung des Hausprogrammes.
Die Eltern führen das Hausprogramm mehrmals täglich selbständig zuhause durch.
Neben Fragen zur Therapie stehen die Therapeuten selbstverständlich auch als Ansprechpartner für weitere Belange im ständigen Austausch mit den Familien.
Hilfestellung beim Handling, Fütter- und Schlafpositionen, Regulationsprobleme (vermehrtes Schreien, Schlaf -und Fütterprobleme) werden thematisiert und Lösungsvorschläge (viele KollegInnen haben Fortbildungen im intra act Konzept) besprochen.
Probleme im häuslichen Setting, Befürchtungen und Sorgen bzgl. der Entwicklung des Kindes, Hilfsmittelversorgung, interdisziplinäre Therapieoptionen, Kita-Kindergarten-Schule.

6.3.2
Bei Erwachsenen ist es ähnlich.
Es werden Probleme (Durchführung, Belastbarkeit Patient/Co-Therapeut, Zeitmanagement)) bei der Umsetzung besprochen, gemeinsam Wege gesucht und ggf. eine veränderte Vorgehensweise ins Hausprogramm integriert.
Sollte kein Co-Therapeut gegeben sein, besteht die Möglichkeit ein Vojta-Eigenübungsprogramm zu erarbeiten und die Therapieeinheiten ausschließlich in der Praxis durchzuführen.

7. Gibt es Ihrer fachlichen Ansicht nach physiotherapeutische Behandlungsalternativen zur Therapie nach Vojta bei Erkrankungen des zentralen Nervensystems?

7.1 Bei Säuglingen und Kindern?

7.2 Bei Erwachsenen?

7.1.
In Deutschland haben sich in der Physiotherapie die Konzepte Bobath und Vojta erfolgreich etabliert.
In der Frühtherapie, in der keine verbale Kommunikation möglich ist, d.h. es können z.B. keine Aufträge gegeben werden, gibt es hierfür keine gängigen Alternativen.
Bei älteren Kindern können je nach Diagnose und Therapieziel auch weitere Interventionen auf neurophysiologischer Basis zum Einsatz kommen.
Bei der Vojta Therapie werden im Gegensatz zu Bobath keine Funktionen wie Greifen, Drehen, Gehen geübt, sondern über die Aktivierung ein Zugriff auf das ZNS und somit auf die zuständigen Teilmuster für Haltung und Bewegung initiiert.
Es werden also erst die Voraussetzungen geschaffen um bestimmte Dinge zu realisieren.

Bei manchen Patienten/Diagnosen erscheint dieses Vorgehen zielführender.

7.2.
Siehe oben.
Bei Patienten, die aufgrund ihrer Erkrankung wenig Funktionen realisieren können, bietet die Vojta Therapie eine gute Möglichkeit, vom Patienten nicht abrufbare Muster, zu aktivieren

8. Welche Rolle/Bedeutung haben Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige) Ihrer fachlichen Ansicht nach im Behandlungskonzept der Vojta-Therapie und nach welchen Entscheidungskriterien/Kontraindikationen werden Bezugspersonen aktiv in die Behandlung einbezogen (z. B. selbstständige Durchführung im häuslichen Umfeld)?

8.1 Bei Säuglingen und Kindern?

8.2 Bei Erwachsenen?

8.1.
Da die Eltern eine große Rolle bei der Umsetzung und Durchführung der Vojta-Therapie spielen, ist das „Erlernen der Elternanleitung“ einschließlich Interaktion und Kommunikation ein wesentlicher Inhalt der Weiterbildungsmaßnahme
Die Eltern werden befähigt, ein gemeinsam abgestimmtes Hausprogramm selbständig mehrmals täglich durchzuführen.
Sie werden so bewusst aktiv an dem Entwicklungsprozess ihrer Kinder beteiligt und sind keine „passiven Zuschauer“. Sie werden befähigt, im häuslichen Umfeld positiv auf die Entwicklung ihres behinderten oder von Behinderung bedrohten Kindes einzuwirken, was für viele Eltern auch eine Hilfestellung darstellt, mit der Diagnose/Prognose umzugehen.
Sie werden in der Praxis angeleitet und die Therapie wird ständig an die jeweiligen Bedürfnisse des Patienten und der Bezugsperson angepasst und aktualisiert.
Dies stellt eine beträchtliche Anforderung an die Bezugsperson und das Kind dar und muss vom Therapeuten verantwortungsvoll begleitet und unterstützt werden.
Respekt, Achtsamkeit und Vertraulichkeit sind die Voraussetzung für eine gute Therapiebegleitung.
Es sollte eine gute Befindlichkeit vor und nach der Therapie sowie in Therapiepausen erreicht werden.
Der Therapeut muss sich anbahnende Probleme jeglicher Art erkennen, darauf eingehen und nach Lösungen suchen.
Sollte schon im Vorfeld eine psychische Erkrankung der Bezugsperson oder eine gestörte Eltern-Kind-Beziehung bekannt sein, ist in Absprache mit dem Arzt nach Alternativen zu suchen.
Das gleiche gilt auch, wenn sich im Therapieverlauf herausstellt, dass die Bezugsperson, aus welchen Gründen auch immer, nicht in der Lage ist, die Therapie selbständig durchzuführen.

Mögliche Lösung:
- Vojta -Therapie ausschließlich in der Praxis, bei kürzeren Behandlungsintervallen,
- Hausprogramm sehr reduziert und modifiziert, verstärkt zielgerichtetes Handling etc.
- Angebot anderer Therapieverfahren

Der Umgang mit „problematischen Situation“ und deren Lösung ist auch ein wesentlicher Bestandteil der Fortbildungen in den bundesweit 50 Vojta-Arbeitskreisen von Physio Deutschland.
Ausgebildete bzw. sich in der Ausbildung befindende Vojta-Therapeuten erweitern hier regelmäßig ihre theoretischen und praktischen Kenntnisse und tauschen sich über Probleme aus den unterschiedlichen Bereichen aus.

8.2.
Das gleiche Vorgehen gilt auch im Erwachsenenbereich.
Man hat hier aber die Möglichkeit der Kommunikation. Ist diese nicht möglich müssen Signale wie Mimik, Körperhaltung, Tonusveränderung etc. wahrgenommen und berücksichtigt werden.

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?

9.1 Bei Säuglingen und Kindern?

9.2 Bei Erwachsenen?

9.1. und 9.2
Während der Weiterbildungsmaßnahme werden die Kursteilnehmer in der Elternanleitung geschult (siehe Curriculum).
Da die Schulung der Kursteilnehmer schwerpunktmäßig mit Patienten stattfindet, kann auf konkrete Situationen, wie man sie im Praxisalltag vorfinden wird, eingegangen werden.
In den jeweiligen Weiterbildungsstätten werden im Laufe von 6 Wochen ca. 100 Patienten aller Alters- und Diagnosegruppen gesehen. Die Kursteilnehmer werden regelmäßig bzgl. Befundanalyse, Elternanleitung, Therapiedurchführung supervidiert.
Clinical Reasoning:
Nach der physiotherapeutischen Befundanalyse klärt der Therapeut die Eltern über Wirkungsweise der Therapie, erwünschte und unerwünschte Reaktionen unter der Therapie und Kontraindikation auf.
Hinweise und praktische Umsetzung der Interaktion mit dem Kind, Integration der Therapie in das häusliche Setting,

Einführung in die praktische Umsetzung der Therapie (z.B. Demonstration der Therapie zuerst an einer Puppe, dann am Kind, ggf. auch an der Bezugsperson zum Verdeutlichen der Druckstärke etc.)
Anleitung der Eltern zuerst an der Puppe dann am Kind
Die korrekte Durchführung wird bei jeder Einheit überprüft, bei Bedarf korrigiert und aktualisiert.
Das Vorgehen in der jeweiligen Behandlungseinheit, Probleme, Fortschritte (regelmäßig durchgeführte Assessments), werden dokumentiert.
Durch die regelmäßigen Therapieeinheiten in der Praxis, steht der Therapeut im engen Austausch mit den Eltern.
Hinweise auf Unsicherheit und Überforderung werden angesprochen, bei Bedarf dem Arzt weitergegeben, dokumentiert.
Sollte eine Problemlösung in diesem Setting nicht gelingen, ist auf alternative Behandlungsoptionen umzustellen.

10. Welche Mechanismen oder Protokolle existieren, um mögliche unerwünschte Wirkungen frühzeitig und auch im Langzeitverlauf zu erkennen und zu dokumentieren?

10.1 Bei der Anwendung durch Physiotherapeutinnen und -therapeuten?

10.2 Bei der Anwendung durch Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige)?

10.3 Gibt es hierzu relevante Unterlagen/Dokumente und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

10.1-10.2.
Siehe Punkt 9
Unerwünschte Wirkungen unter der Therapie werden besprochen und dokumentiert.
Sollten sie nicht behoben werden können, werden nach Rücksprache mit dem Arzt und im Einvernehmen mit den Eltern andere Therapieoptionen angeboten.
Hinweise auf unerwünschte Wirkungen im Langzeitverlauf sind nicht bekannt.
In Fortbildungen der Arbeitskreise, den Mitgliederversammlungen sowie den Symposien der AG Vojta und zuletzt in der Fachkommission Physiotherapie in der Pädiatrie wurden Probleme im Langzeitverlauf nicht thematisiert.

10.3
Ein erheblicher Teil der Patientinnen und Patienten befindet sich über einen langen Zeitraum in Behandlung – häufig beginnend im Säuglingsalter und fortgeführt bis ins Erwachsenenalter. Aufgrund dieser langjährigen Therapieverläufe ist die betroffene Patientengruppe in besonderer Weise geeignet, belastbare Aussagen zur Wirksamkeit und Verträglichkeit der Therapie zu treffen.
Nach derzeitigem Kenntnisstand liegen keine Hinweise auf unerwünschte Wirkungen im Rahmen der Langzeitanwendung vor. Zwar existiert zu dieser Fragestellung keine valide externe Evidenz im Sinne randomisierter kontrollierter Studien, jedoch steht eine umfangreiche interne Evidenz zur Verfügung.
Physio Deutschland vertritt etwa 1.000 Vojta-Therapeutinnen und -Therapeuten, viele davon mit jahrzehntelanger praktischer Erfahrung. Diese sind in der Arbeitsgemeinschaft Vojta organisiert, die seit ihrer Gründung im Jahr 1985 besteht. Auf Grundlage der dort dokumentierten Behandlungsverläufe ist davon auszugehen, dass im Laufe der Jahre mehrere zehntausend Patientinnen und Patienten mit der Vojta-Methode behandelt wurden.
Es liegen keinerlei Hinweise auf unerwünschte Wirkungen vor, die im Therapieverlauf übersehen wurden und zu langfristigen gesundheitlichen Beeinträchtigungen geführt hätten.

Juan Luis Sánchez-González, Sanz-Esteban, I., Mónica Menéndez-Pardiñas, Víctor Navarro-López, & José Manuel Sanz-Mengíbar. (2024). Critical review of the evidence for Vojta Therapy: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Neurology*, *15*. https://doi.org/10.3389/fneur.2024.1391448

Teil II Besondere Fragen zur Vojta-Therapie bei Säuglingen und Kindern

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich ausschließlich auf die Behandlung von Erkrankungen des zentralen Nervensystems (einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen) bei der Durchführung der Vojta-Therapie bei Säuglingen und Kindern.

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)

In der Bobath-Therapie werden durch gezielte Behandlungstechniken, Bewegungsfolgen und Bewegungsübergänge geübt.
Die Gleichgewichtsreaktionen sowie die Körperhaltung sollen verbessert werden. Durch Handling soll die Haltungskontrolle in verschiedenen Positionen optimiert werden, Bewegungsübergange eingeleitet und Fortbewegung initiiert werden. Taktile und visuelle Reize kommen zum Einsatz, die Eltern werden im förderlichen Umgang mit ihrem Kind im Alltag angeleitet.
Was eine permanente Kontrolle und Korrektur der kindlichen Haltungs- und Bewegungsabläufe nach sich ziehen kann.

Über die Ausgangsstellungen und die Stimulation definierter Zonen werden zentrale Fortbewegungsprogramme (Haltungssteuerung im Raum, Aufrichtung gegen die Schwerkraft, zielgerichtete Bewegung/Fortbewegung) abgerufen.
In der Vojta-Therapie wird nicht anhand von spezifischen Alltagsaktivitäten geübt.
Ziel ist es, diese in die Spontanmotorik zu integrieren, so dass sie dem Kind im Alltag zur Verfügung stehen und umgesetzt werden können, was zu einer Verbesserung der Aktivität und Teilhabe führt.
Auch jüngere Kinder werden mit der veränderten Ideomotorik in die Lage versetzt ihren Bedürfnissen und Wünsche nachzukommen.
Mit Therapie sind Sie weniger frustriert, emotional belastbarer und ausgeglichener, was sich auch positiv auf die Eltern-Kind-Beziehung auswirkt.
Die regelmäßige Aktivierung hat das Ziel physiologische Bewegungen zu festigen und abzurufen.
Ersatzmuster sollen so, je nach Diagnose, minimiert im besten Fall vermieden werden.

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?

12.1 Wenn ja, bitte beschreiben Sie diese näher.

12.2 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen

12.1.Vorteile allgemein, siehe Punkt 11

12.2 Bei der Symmetriestörung konnten signifikante Vorteile der Vojta Therapie nachgewiesen werden

Jung, M. W., Landenberger, M., Jung, T., Lindenthal, T., & Philippi, H. (2017). Vojta therapy and neurodevelopmental treatment in children with infantile postural asymmetry: a randomised controlled trial. *Journal of physical therapy science*, *29*(2), 301–306. https://doi.org/10.1589/jpts.29.301

Bei Kindern mit Zerebralparese konnte gezeigt werden, dass die Vojta-Therapie einen positiven Effekt auf die Haltungssteuerung und die grobmotorischen Funktionen hat, was wiederum – im Sinne der ICF-CY – die Selbständigkeit und Teilhabe verbessert.

Sanz-Mengibar, J. M., Menendez-Pardiñas, M., & Santonja-Medina, F. (2021). Segíti-e a cerebralis paresisben szenvedő gyermekek bruttó motoros funkcióinak fejlődését a Vojta-módszer? [Is the implementation of Vojta therapy associated with faster gross motor development in children with cerebral palsy?]. *Ideggyogyaszati szemle*, *74*(9-10), 329–336. https://doi.org/10.18071/isz.74.0329

13. Besteht Ihrer fachlichen Ansicht nach bei der unmittelbaren Anwendung der Vojta-Therapie bei Säuglingen und Kindern ein daraus folgendes Schädigungspotenzial?

13.1 Bei der Anwendung durch Physiotherapeutinnen und -therapeuten?

13.2 Bei der Anwendung durch Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige)?

13.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

13.1.-13.2.
Bei fach- und sachgerechter Anwendung der Vojta-Therapie durch qualifizierte Therapeutinnen und Therapeuten sowie unter Anleitung der Eltern ist nach aktueller Einschätzung kein Schädigungspotenzial erkennbar.
Die im Bereich der pädiatrischen Physiotherapie tätigen Fachkräfte sind sich ihrer besonderen Verantwortung gegenüber den behandelten Kindern und deren Familien in hohem Maße bewusst. Sie sind mit den besonderen Anforderungen vertraut, die die Umsetzung der Vojta-Therapie für Kinder und Eltern mit sich bringt.
Um den hohen qualitativen Anforderungen gerecht zu werden, nehmen die Therapeutinnen und Therapeuten regelmäßig an Fort- und Weiterbildungen teil, führen Hospitationen durch und nutzen Supervisionen im Rahmen der Arbeitskreise. Darüber hinaus verfügt ein Großteil der Fachkräfte über zusätzliche Qualifikationen, unter anderem in familienzentrierter Physiotherapie, in der Entwicklungsförderung bei Kindern sowie im Umgang mit frühgeborenen oder traumatisierten Kindern und deren Bezugspersonen.

13.3
Unseres Wissens nach existiert hierzu keine Literatur.

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)?

14.1 Bei der Anwendung durch Physiotherapeutinnen und -therapeuten?

14.2 Bei der Anwendung durch Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige)?

14.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

14.1.-14.2.
Sowohl in der Vergangenheit als auch aktuell wurde nicht über Spätfolgen, die auf die Vojta-Therapie im Kindesalter hinweisen könnten, berichtet worden.

14. siehe Punkt 10.3
Unseres Wissens liegt auch hier keine valide, externe Evidenz von unerwünschten Wirkungen vor.

Die Mitglieder der AG-Vojta Physio Deutschland stehen über verschiedene Kommunikationswege regelmäßig in Kontakt.
Hinweise unerwünschter Wirkungen, die nicht frühzeitig erkannt worden sind und dann zu langfristigen Problemen geführt haben, liegen nicht vor.

15. Welche psychischen Belastungen oder direkten Stressreaktionen können Ihrer fachlichen Ansicht nach bei der Durchführung der Vojta-Therapie entstehen?

15.1 Bei Säuglingen und Kindern?

15.2 Bei Bezugspersonen (z. B. Eltern, weiteren Angehörigen)?

15.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

15.1.-15.2. Unserer Meinung nach gibt es keine Anhaltspunkte zu unerwollten psychischen Belastungen und Stressreaktionen während der Therapie.

15.3.
Martínez-Fuentes, M. T., Pérez-López, J., Brito de la Nuez, A., & Díaz-Herrero, Ángela. (2012). Terapia Vojta, desarrollo psicológico, y apego infantil en poblaciones de riesgo biológico. *Acción Psicológica*, *8*(2), 87–97. https://doi.org/10.5944/ap.8.2.192

Ludewig, A., & Mähler, C. (1999). Krankengymnastische Frühbehandlung nach Vojta oder nach Bobath: Wie wird die Mutter-Kind-Beziehung beeinflusst? [Early Vojta- or Bobath-physiotherapy: what is the effect on mother-child relationship?]. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, *48*(5), 326–339.

16. Hat sich die fachliche Einschätzung hinsichtlich der psychischen Belastbarkeit von Säuglingen und Kindern sowie 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

Die grundlegenden Wirkprinzipien der Vojta-Therapie sind weiterhin gültig und haben sich in der Praxis bewährt. Neue wissenschaftliche Erkenntnisse werden kontinuierlich berücksichtigt und im Rahmen der zertifizierten Weiterbildungsmaßnahmen sowie in den regelmäßigen Fortbildungen der regionalen Arbeitskreise systematisch vermittelt.

Gesellschaftliche Veränderungen sowie neue Anforderungen in der Versorgungspraxis finden bei der Vermittlung und Anwendung der Therapie ebenfalls Berücksichtigung. Dies betrifft unter anderem den Wandel in Erziehungsstilen, eine veränderte Patientenklientel – etwa mit zunehmenden Verhaltensauffälligkeiten oder einem höheren Anteil schwerst-mehrfachbehinderter Kinder, beispielsweise

im Zusammenhang mit Flucht- und Migrationsbewegungen – sowie den sensiblen Umgang mit soziokulturellen Aspekten. Hierzu zählen unter anderem das gestiegene Durchschnittsalter von Eltern, variierende Belastbarkeiten der Bezugspersonen, sprachliche und religiöse Diversität, veränderte Erwerbsbiografien sowie unterschiedliche familiäre Lebensformen.

Diese Aspekte fließen heute selbstverständlich in die Aus- und Fortbildungsinhalte ein und haben gegenüber früheren Jahrzehnten – insbesondere im Vergleich zur Zeit der Etablierung der Methode vor rund 50 Jahren – deutlich an Bedeutung gewonnen.

FRAGEBOGEN
Überprüfung der Heilmittel-Richtlinie hinsichtlich der Regelungen zur Krankengymnastik zur Behandlung von ZNS-Erkrankungen

Gemeinsamer Bundesausschuss

Deutsche Gesellschaft für Physiotherapiewissenschaft (DGPTW) 10.06.2025

Teil I Allgemeine Fragen zur Vojta-Therapie

1. Welche wesentlichen Wirkprinzipien liegen Ihrer fachlichen Ansicht nach der Vojta-Therapie zugrunde?

1.1 Welche der genannten Wirkprinzipien sind für die Behandlung von Erkrankungen des zentralen Nervensystems (einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen) relevant?

1.2 Gibt es hinsichtlich der Wirkprinzipien Unterschiede in der Behandlung von Säuglingen und Kindern und Erwachsenen?

1.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

Die wesentlichen Wirkprinzipien der Vojta-Therapie sind in Hummelsheim 1993 geschildert: „Die Vojta-Methode verwendet frühkindlich vorkommende typische Reflexmuster, um darauf aufbauend verlorengegangene motorische Funktionen zu aktivieren. Aus bestimmten Ausgangslagen werden an definierten Körperzonen, typischerweise an Extremitäten oder Rumpf, kutane oder Muskeldehnungsreize gesetzt. Dadurch sollen Haltungsänderungen oder Bewegungen ausgelöst werden, die dem Grundmuster des "Reflexkriechens" oder "Reflexumdrehens" entnommen sind. Die Vojta-Methode geht davon aus, daß diese motorischen Grundmuster genetisch im Zentralnervensystem jedes Menschen programmiert sind. In der natürlichen motorischen Entwicklung und in der Rehabilitation von Patienten mit zentralen Paresen soll der Erwerb oder Wiedererwerb motorischer Fertigkeiten auf diesen Grundmustern aufbauen. Prinzipiell soll der Patient selbst lernen, die Auslösemechanismen einzusetzen, um seine motorischen Funktionen jederzeit reproduzierbar zu aktivieren.“ (S. 213)

1.1
Ob die o.g. Wirkprinzipien relevant sind, ist unklar. Gajewska et al. 2018 versuchten, relevante Wirkprinzipien zu ermitteln.

1.2
Obwohl uns dazu keine explizite Evidenz bekannt ist, gehen wir davon aus, dass keine Unterschiede existieren.

1.3
Gajewska 2018: http://dx.doi.org/10.1016/j.jbmt.2017.07.002
Hummelsheim 1993: **Neurophysiologische Grundlagen krankengymnastischer Übungsbehandlung bei Patienten mit zentralen Hemiparesen.** *Fortsehr. Neurol. Psychiat.* 61:208-16

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?

2.1 Entspricht die Behandlung nach dem Vojta-Konzept dem heutigen allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse?

2.2 Gibt es zu dem derzeit praktizierten Vojta-Konzept aktuelle relevante Unterlagen und Dokumente (z. B. Curricula, Anleitungen für Bezugspersonen, Aufklärungen etc.) und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

Nein

2.1 Nein.

2.2

Orth, Heidi (2017): Das Kind in der Vojta Therapie. Urban & Fischer Verlag/Elsevier GmbH. ISBN 9783437469428

Abel, Claudia (2021): INTRINSISCHE MOTIVATION ALS FAKTOR DES MOTORISCHEN LERNENS UND IHRE BEACHTUNG INNERHALB AUSGEWÄHLTER NEUROPHYSIOLOGISCHER THERAPIEMETHODEN. Masterthesis, Donau-Universität Krems. DOI: 10.13140/RG.2.2.23110.55360

3. Wird die Vojta-Therapie heute noch als eigenständige Therapieform angewandt, oder wird sie in der Praxis zunehmend mit anderen Konzepten kombiniert?

3.1 Falls sie kombiniert wird: Mit welchen anderen Therapieansätzen wird sie häufig verknüpft?

3.2 Gibt es Evidenz zur Wirksamkeit dieser kombinierten Ansätze?

Sie wird häufig mit anderen Konzepten kombiniert.

3.1 Vojta ist eine gute Basis für viele Therapieformen. Im interdisziplinären Setting, kann eine Aktivierung der Orofazialen Muskulatur durch Vojta z.B. vor eine Logopädische Behandlung gelegt werden. Innerhalb einer physiotherapeutischen Behandlung, wird Vojta mit Bobath, Krafttraining, ADL-Training, Elternanleitung etc. kombiniert werden und dient oft als Basis. So können z.B. akute Rückenschmerzen über die Aktivierung nach Vojta reduziert werden und so ein aktives Training ermöglichen.

3.2 Keine bekannt

4. Bei welchen Erkrankungen des zentralen Nervensystems (einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen) sollte Ihrer fachlichen Ansicht nach die Vojta-Therapie angewendet werden?

4.1 Indikationen bei Säuglingen und Kindern?

4.2 Indikationen bei Erwachsenen?

4.1 kongenitaler Torticollis, infantile posturale asymmetrie, infantile zerebralparese, massive hypotone Muskulatur, periventrikuläre Leukomalazie, peripartale Hirnblutung

4.2 Schlaganfall, Multiple Sklerose, Postpoliosyndrom

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)?

5.1 Kontraindikationen bei Säuglingen und Kindern?

5.2 Kontraindikationen bei Erwachsenen?

5.1 fieberhafte Infekte

5.2 fieberhafte Infekte

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?

6.1 Bitte beschreiben Sie diese Bestandteile näher.

6.2 Gibt es einen Unterschied in der Behandlung von Säuglingen und Kindern und Erwachsenen?

6.3 Welcher Anteil der Therapie wird bei der Behandlung von Physiotherapeutinnen und -therapeuten erbracht und welcher Anteil der Therapie ist von den Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige) durchzuführen?

6.3.1 Bei Säuglingen und Kindern?

6.3.2 Bei Erwachsenen?

6 Anamnese/Befundung, Zielformulierung, Aufklärung, Kombination mit aktiver Therapie, gegebenenfalls Anleitung der Eltern, Abschlussbefund

6.1 Eine Behandlung sollte erst nach Durchführung einer Anamnese/ Befundung erfolgen. Hauptprobleme und Ziele des Patienten werden gemeinsam formuliert und der Patient über die Behandlung aufgeklärt. Angepasst an die Ziele werden Ausgangsstellungen gewählt und später anhand eines Postbefundes auf ihre Wirksamkeit überprüft. Die Vojtatherapie sollte möglichst mit einer aktiven Therapie kombiniert werden, die die/der Patient*in selbstständig ergänzend durchführen kann. Alternativ werden die Eltern in der Therapie nach Vojta angeleitet, um diese zusätzlich eigenständig durchführen zu können.
Der Findung des Parameters zur Überprüfung der Wirksamkeit sollte ein shared decision Prozess voran gegangen sein. Das Ziel muss SMART formuliert sein.

6.2 Im Umgang mit Säuglingen und Kleinkindern ist mehr Einfühlungsvermögen gefordert. Zudem müssen die Eltern

aufgeklärt und angeleitet werden. Grifftechniken und Ausgangsstellungen sind identisch. Erwachsene können aktiv die Therapie ablehnen, Säuglinge nicht.

6.3 Dies ist abhängig vom Schweregrad der Erkrankung/Behinderung, von der Compliance der Bezugspersonen und vom Stadium der Erkrankung. Besonders in der Frühphase, sollte die Therapie möglichst 2-4x täglich durchgeführt werden. Dies kann auch durch eine Bezugsperson erfolgen. Eine regelmäßige Supervision durch eine/n Vojtatherapeuten ist notwenig.
6.3.1 Eine regelmäßige Behandlung durch die Eltern ist sinnvoll.
6.3.2 häufig gibt es keine Bezugsperson, die die Therapie zusätzlich durchführt.

7. Gibt es Ihrer fachlichen Ansicht nach physiotherapeutische Behandlungsalternativen zur Therapie nach Vojta bei Erkrankungen des zentralen Nervensystems?

7.1 Bei Säuglingen und Kindern?

7.2 Bei Erwachsenen?

Ja, evidenzbasierte Alternativen sind zahlreich vorhanden. Die Evidenzlage scheint be Erwachsenen umfassender zu sein.
7.1 In der Regel ist eine Kombination von physiotherapeutischen Techniken sinnvoll. Diese sollte an das Kind, die Familie, die Einschränkung, die Tagesform und das aktuelle Behandlungsziel angepasst werden. Sinnvolle Ergänzungen sind Bobath, Ganzkörper-Vibrationstherapie, Krafttraining, Mobilisationstechniken, Gangschulung, Atemtherapie, etc. Demnächst ist die AWMF-Leitlinie **Diagnostik und Therapie der unilateralen spastischen Zerebralparese / LL-uCP** (Registernummer: 071-014) zu erwarten, die evidenzbasierte Ansätze bei einer relevanten Indikation bewerten dürfte.

7.2 Die in den einschlägigen Leitlinien genannten Interventionen von z.B. „Rehabilitation sensomotorischer Störungen“ (**Registernummer 030 – 123), Therapie des spastischen Syndroms (Registernummer: 030-078), TheMoS: Leitlinie zur Therapie der Mobilität nach Schlaganfall, (Registernummer: 080-004), Rehabilitative Therapie bei Armparese nach Schlaganfall (Registernummer: 080-001)**

8. Welche Rolle/Bedeutung haben Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige) Ihrer fachlichen Ansicht nach im Behandlungskonzept der Vojta-Therapie und nach welchen Entscheidungskriterien/Kontraindikationen werden Bezugspersonen aktiv in die Behandlung einbezogen (z. B. selbstständige Durchführung im häuslichen Umfeld)?

8.1 Bei Säuglingen und Kindern?

8.2 Bei Erwachsenen?

8.1 Die Bezugspersonen spielen eine wichtige Rolle für die Rehabilitation. Eine gute Compliance der Bezugspersonen führt dazu, Therapieziele schneller zu erreichen und höhere Ziele festlegen zu können. In einigen Phasen sind 2-4 Therapieeinheiten/Tag notwendig. Dies ist ohne angeleitete Angehörige nicht machbar. Bezugspersonen werden in der Therapie angeleitet. Je nach Compliance, ist die angeleitete Übung mehr oder weniger anspruchsvoll. Kann die Bezugsperson die Therapie nicht sauber umsetzen, wird diese ggf. nur vom Therapeuten durchgeführt oder eine andere Bezugsperson angeleitet.
Die Eltern müssen über die Therapie aufgeklärt werden, über die Wirkung, darüber, dass es anstrengend ist und dass ihr Kind ggf. weint. Es muss festgelegt werden, wie stark das Kind belastet werden darf und wann es eine Pause braucht um sich zu erholen und ggf. um sich zu beruhigen. Je nach Alter, kann auch das Kind direkt aufgeklärt werden.
8.2 Bei Erwachsenen fehlen jedoch oft die Bezugspersonen, die eine regelmäßige Therapie im häuslichen Umfeld durchführen (können).

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?

9.1 Bei Säuglingen und Kindern?

9.2 Bei Erwachsenen?

9.1 Bezugspersonen werden praktisch angeleitet. Im Anschluss führen Sie die Behandlung unter Aufsicht durch den/die Therapeut*in durch und können so direkt korrigiert werden. Bei jedem weiteren Termin wird (wenn notwendig) erneut überprüft, ob die Bezugsperson die Behandlung korrekt durchführt. Ggf. wird die Übung an die Compliance der Bezugspersonen oder an den Therapiefortschritt angepasst.
Auch die Belastung der Familie durch die Therapie sollte angesprochen und Zeit für Fragen der Bezugspersonen

eingeplant werden. Eine Dokumentation der Behandlung findet bei jedem Termin statt. Eine Befundung und Anpassung der Therapieziele wird in regelmäßigen Abständen durchgeführt. Teilweise werden Zeichnungen mit den korrekten Ausgangsstellungen für zuhause angefertigt oder Videos mit entsprechenden Therapiesequenzen für die Eltern erstellt.
Aus eigener Erfahrung, wird in der Therapie das Muster / die Zone gezeigt und mögliche und tatsächliche Reaktionen benannt und erläutert, was dies bedeuet. Daraufhin konnte unter Supervision die gleiche Zone durch ein Elternteil aktiviert werden und optimiert. In der Folgeeinheit wird über das Gelingen der Aktivierung der zu aktivierenden Zone gesprochen und bei Bedarf weiter optimiert.
9.2 Entfällt, da häufig keine Bezugsperson vorhanden.

10. Welche Mechanismen oder Protokolle existieren, um mögliche unerwünschte Wirkungen frühzeitig und auch im Langzeitverlauf zu erkennen und zu dokumentieren?

10.1 Bei der Anwendung durch Physiotherapeutinnen und -therapeuten?

10.2 Bei der Anwendung durch Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige)?

10.3 Gibt es hierzu relevante Unterlagen/Dokumente und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

10 Unerwünschte Wirkungen werden i.d.R. in der therapeutischen Verlaufsdokumentation notiert. Da erfahrungsgemäß keine kurz- und längerfristig wahrnehmbaren Nebenwirkungen auftraten, hat sich in der Praxis nie der Bedarf an Notfallprotokollen ergeben. Teilweise sine Kinder über 6 bis 10 Jahre in Behandlung gewesen.

10.1 Keine bekannt.

10.2 Keine bekannt.

10.3 Keine bekannt.

Teil II Besondere Fragen zur Vojta-Therapie bei Säuglingen und Kindern

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich ausschließlich auf die Behandlung von Erkrankungen des zentralen Nervensystems (einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen) bei der Durchführung der Vojta-Therapie bei Säuglingen und Kindern.

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)?

Die neurophysiologischen Grundlagen des Konzeptes sind ebenso fragwürdig wie die vergleichbarer Positionen des Heilmittelkatalogs. Ein Unterschied ist der verstärkte Einbezug von Angehörigen, der zu einer höheren Therapiedosis führt wie die Möglichkeit, die Therapie bei Menschen mit Kommunikationsfähigkeiten durchzuführen (Aphasie, Bewusstlosigkeit, Kleinkind). Größere Unterschiede dürten zu modernen evidenzbasierten Ansätzen der neurologischen Rehabilitation bestehen, die auf den Grundsätzen der Neuroplastizität/des motorischen Lernens fußen, bisher jedoch nicht Bestandteil des Heilmittelkatalogs sind.

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?

12.1 Wenn ja, bitte beschreiben Sie diese näher.

12.2 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

Vorteile wären die weiter oben angesprochene Möglichkeit der höheren Therapiedosis durch den Einbezug pflegende Angehörige, sowie die Möglichkeit, die Therapie auch bei Menschen mit eingeschränkten kommunikativen Fähigkeiten durchzuführen.
12.1 Fachkundig angeleitete pflegende Angehörige können die Therapie zu Hause selbstständig durchführen und somit die Therapiedosis wesentlich erhöhen. Durch das propagierte Abrufen genetisch verankert Reflexmuster müssen den Patienten keine Anweisungen gegeben bzw. diese von ihm verstanden werden können.
12.2 Inwiefern die angesprochenen vernünftigen Vorteil tatsächlich messbar effektiv sind, ist uns nicht bekannt. Wir könnten dazu keine relevante Literatur identifizieren.

13. Besteht Ihrer fachlichen Ansicht nach bei der unmittelbaren Anwendung der Vojta-Therapie bei Säuglingen und Kindern ein daraus folgendes Schädigungspotenzial?

13.1 Bei der Anwendung durch Physiotherapeutinnen und -therapeuten?

13.2 Bei der Anwendung durch Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige)?

13.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

13.1 Einerseits legt die praktische Erfahrung aus jahrzehntelanger Tätigkeit nahe, dass kein unmittelbares Schädigungspotenzial besteht, wenn man – wie bei jeder anderen physiotherapeutischen Behandlung auch – Krankheitsspezifische Kontraindikationen berücksichtigt und Belastungsgrenzen eingehalten werden bei Säuglingen bewegungsunfähigen Patientinnen müssen die Atemwege frei gehalten werden. Kinder können sich während der Behandlung bei einem in der Regel anwesenden Elternteil jederzeit rückversichert. Andererseits gibt es Hinweise auf Störung der Eltern-Kind-Bindung und eine erhöhte Cortisolausschüttung durch die Vojta Therapie. Erfahrungen aus der klinischen Praxis legen nahe, dass Kinder sich häufig mit Schreien gegen die Behandlung wären und es somit zu Therapie Abbrüchen kommt. Ältere Kinder lehnten die Therapie oft ab. Die Rekrutierung von Studienteilnehmer einer laufenden Studie seit dem Vojta-Arm erschwert (von 15 in die Vojta Gruppe randomisierten Kinder haben drei Kinder abgebrochen, wohingegen bei der Kontrollintervention keine Abbrüche zu verzeichnen waren).

13.2 Siehe 13.1

13.3 Eltern-Kind Bindung im Vergleich NDT (Bobath) und Vojta (Ludewig, Annette und Mähler, Claudia. Krankengymnastische Frühbehandlung nach Vojta oder nach Bobath: Wie wird die Mutter-Kind-Beziehung beeinflußt?. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 48 (1999) 5, S. 326-339) Cortisolspiegel (Stresshormon) steigt signifikant über Normwerte direkt nach der Therapie bei Säuglingen im Alter von 3-9 Monaten (Kiebzak,W.;Z urawski,A.; Głuszek, S.; Kosztołowicz, M.; Białek, W.A. Cortisol Levels in Infants with Central Coordination Disorders during Vojta Therapy. Children 2021,8,1113. https://doi.org/10.3390/ children8121113)

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)?

14.1 Bei der Anwendung durch Physiotherapeutinnen und -therapeuten?

14.2 Bei der Anwendung durch Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige)?

14.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

Das Risiko besteht prinzipiell, nur ist unklar, wie groß es ist.

14.1 Episodische Berichte von langjährig klinisch tätigen Kollegen Kollegen legen nahe, dass selbst 15-20 Jahre nach Therapie kein relevantes Risiko für Spätfolgen besteht. Entsprechende Münzen Zusammenhang zwischen einer erfolgten Therapie Kindesalter und der späteren Entwicklung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung sein kritisch zu sehen, da eine Vielzahl an kritischen Lebensereignissen dazwischen liege (Confounder).

14.2 Die Eltern haben in einer RCT (Jung et al. 2017) in einem 14-tägig ausgefüllten Compliance-Fragebogen angegeben, dass sich keinerlei Änderungen im Verhalten ihrer Säuglinge gezeigt haben. Die Babys schrien nur unter der Therapie (und haben laut Kiebzak W (2021) einen vorübergehend erhöhten Cortisolspiegel) und ließen sich danach sowohl im sozialpädiatrischen Zentrum von der Physiotherapeut:innen als auch zuhause von den Eltern ohne Probleme beruhigen. Auch 4 Jahre nach der Therapie äußerten Eltern in der Nachuntersuchung der Wirbelsäule keine Interaktions- oder sozialen Probleme.
Eine unveröffentlichte Bachelorarbeit (Blume & Thomsen 2015) legt nahe, dass die Vojta-Therapie zur Störung der Eltern-Kind-Beziehung führt.

14.3

Blume, Laura und Thomsen, Inga (2015): Auswirkung der physiotherapeutischen Frühbehandlung nach Vojta auf die Mutter-Kind-Beziehung. Bachelorthesis, Hochschule21.

Jung, Michael (2017): Vojta therapy and neurodevelopmental treatment in children with infantile postural asymmetry: a randomised controlled trial. J. Phys. Ther. Sci. 29: 301–306, 2017

Kiebzak W (2021): https://doi.org/10.3390/ children8121113

15. Welche psychischen Belastungen oder direkten Stressreaktionen können Ihrer fachlichen Ansicht nach bei der Durchführung der Vojta-Therapie entstehen?

15.1 Bei Säuglingen und Kindern?

15.2 Bei Bezugspersonen (z. B. Eltern, weiteren Angehörigen)?

15.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

15.1 Die Therapie ist anstrengend für die Säuglinge und kann zum Weinen führen. Diesen ist z.B. mit kurzen Belastungsphasen und Pausen auf dem Arm der Eltern zu begegnen. Einige Kinder weinen sobald es anstrengend wird oder sie nicht mehr auf dem Arm der Eltern sein können. Dies ist unabhängig von der Therapieform.

15.2 Eltern können durch ein ggf. auftretendes Weinen ihrer Kinder gestresst sein. Diesem kann man mit vorheriger Aufklärung entgegenwirken. Zudem kann man die Eltern mit einbeziehen und sie darin bestärken, eine „Kuschelpause" mit ihrem Kind einzufordern, sobald es für sie selbst oder das Kind zu stressig ist. Kinder fühlen den Stress ihrer Eltern, sind dann verunsichert und weinen noch mehr. Eltern darüber aufklären, dass sie ihr Kind bestärken, anlächeln und Sicherheit ausstrahlen. dann ist das Kind nicht verunsichert, was zu mehr Stress und Weinen führen würde. Dies gilt jedoch für alle Therapieformen und nicht ausschließlich für die Vojtatherapie. Gleichzeitig kann die Vojta-Therapie Eltern Sicherheit geben. Sie haben eine Möglichkeit, ihrem von Behinderung betroffenen oder bedrohtem Kind zu helfen und aktiv das Outcome zu verbessern.

Andererseits gilt: Wenn die Eltern ihr Kind bei jeder kurzen Therapiepause auf den Arm nehmen, denkt dieses Kind vielleicht, jetzt wäre die anstrengende Therapie zu Ende. Dies kann dann durchaus 6-8x in einer Sitzung enttäuscht werden (3-4x täglich). Besser ist es m. E. dem Kind bspw. durch zudecken bis zur Brust zu signalisieren, „kurze Pause - es geht noch weiter". Auf den Arm nehmen und kuscheln ist dann aber wirklich das Ende einer Sitzung.

Aus Sicht der Angehörigen birgt das „Treffen" der richtigen Punkte auch einen Stressor, da Angehörige es zum einen richtig machen und die Positionen für die Kinder nicht überstrapazieren möchten. Ein weiterer Stressor für die Angehörigen sei ein nicht der Situation entsprechendes forderndes Verhalten der Therapeutin beim Abfragen und Vorzeigen der genutzten Zonen.

15.3 Keine bekannt

16. Hat sich die fachliche Einschätzung hinsichtlich der psychischen Belastbarkeit von Säuglingen und Kindern sowie 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?

Unserer Kenntnis nach hat sich die Therapieform in den letzten 75 Jahren nicht grundlegend verändert, andererseits werden werden scheinbar vereinzelt mehr Pausen in der Therapiezeit gegeben und das Kind in der Therapie nicht schreien gelassen (dies ist jedoch abhängig von den einzelnen Therapeuten).

FRAGEBOGEN
Überprüfung der Heilmittel-Richtlinie hinsichtlich der Regelungen zur Krankengymnastik zur Behandlung von ZNS-Erkrankungen

Gemeinsamer Bundesausschuss

Die Bobath-Vereinigung e.V., vertreten durch Mitglieder unseres Wissenschaftsbeirates 10.06.2025

Teil I Allgemeine Fragen zur Vojta-Therapie

1. Welche wesentlichen Wirkprinzipien liegen Ihrer fachlichen Ansicht nach der Vojta-Therapie zugrunde?

1.1 Welche der genannten Wirkprinzipien sind für die Behandlung von Erkrankungen des zentralen Nervensystems (einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen) relevant?

1.2 Gibt es hinsichtlich der Wirkprinzipien Unterschiede in der Behandlung von Säuglingen und Kindern und Erwachsenen?

1.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

Leider verfüge ich auf dem Gebiet der Neuropädiatrie nicht über eigene Erfahrungen und muss daher meine Einschätzung aus meinen Kenntnissen der Behandlung erwachsener Patient*innen mit erworbenen ZNS-Läsionen ableiten.

1.3 Die Vojta-Methode verfügt in meiner Kenntnis weder für die Anwendung bei Erwachsenen noch bei Kindern und Säuglingen mit ZNS-Läsionen oder neuromuskulären Erkrankungen über einen schlüssigen Wirksamkeitsnachweis. Neben dem Nachweis der Wirksamkeit sollten allen therapeutischen - nicht nur übenden, sondern z.B. auch pharmakologischen - Interventionen ein physiologisches Modell ihrer Wirksamkeit zugeordnet werden können. Bei Interventionen, die bei Patient*innen mit ZNS-Läsionen angewendet werden, wurde das physiologische Wirksamkeitsmodell in der Regel mit elektrophysiologischen Methoden oder mit funktioneller Bildgebung erarbeitet. Dies hat bei der Vojta-Methode nicht stattgefunden.

.

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?

2.1 Entspricht die Behandlung nach dem Vojta-Konzept dem heutigen allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse?

2.2 Gibt es zu dem derzeit praktizierten Vojta-Konzept aktuelle relevante Unterlagen und Dokumente (z. B. Curricula, Anleitungen für Bezugspersonen, Aufklärungen etc.) und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

Bitte geben Sie hier Ihre Antwort ein.

3. Wird die Vojta-Therapie heute noch als eigenständige Therapieform angewandt, oder wird sie in der Praxis zunehmend mit anderen Konzepten kombiniert?

3.1 Falls sie kombiniert wird: Mit welchen anderen Therapieansätzen wird sie häufig verknüpft?

3.2 Gibt es Evidenz zur Wirksamkeit dieser kombinierten Ansätze?

Bitte geben Sie hier Ihre Antwort ein.

4. Bei welchen Erkrankungen des zentralen Nervensystems (einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen) sollte Ihrer fachlichen Ansicht nach die Vojta-Therapie angewendet werden?

4.1 Indikationen bei Säuglingen und Kindern?

4.2 Indikationen bei Erwachsenen?

4.1 Nach unserer fachlichen Ansicht gibt es keine Erkrankungen des zentralen Nervensystems (einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen), bei denen Vojta-Therapie in der Behandlung von Säuglingen und Kindern unverzichtbar und anderen therapeutischen Verfahren, wie der Bobath-Therapie überlegen ist.

4.2 Unser Wissen zur Vojta-Therapie ist beschränkt. Aus unserer Sicht könnten insbesondere bei Menschen mit erworbener Querschnittslähmung oder bei jungen Erwachsenen mit Skoliose ein therapeutischer Gewinn durch Vojta-Therapie mit dem reflektorischen ausgelösten Trainingseffekt existieren. Hierzu müssten die Deutschsprachige Medizinische Gesellschaft für Paraplegiologie e. V. oder das Deutsche Skoliose Netzwerk bessere Erkenntnisse haben. Bei allen anderen neurologischen Erkrankungsbildern werden Therapieverfahren empfohlen, die die Therapie zielorientiert und aufgabenspezifisch für die Herausforderungen des Alltags in einem interprofessionellen Therapiemanagement planen und ausführen.

Quellen: siehe unter Frage 7

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)?

5.1 Kontraindikationen bei Säuglingen und Kindern?

5.2 Kontraindikationen bei Erwachsenen?

- Schließt man aus dem fehlenden Wirksamkeitsnachweis auf eine tatsächlich fehlende Wirksamkeit, so wäre die Anwendung der Vojta-Methode überflüssig und teuer. Zugleich würde den Patient*innen für die Zeitspanne der Vojta-Behandlung eine wirksame Therapie vorenthalten. Dies interpretiere ich als mittelbar schädlich.

- Insbesondere wird aus ethischer Sicht zu bedenken sein, dass Betroffene, die einem einschneidenden therapeutischen Geschehen, wie der Vojta-Therapie, ausgesetzt werden, hierzu einwilligungsfähig sein sollten.

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?

6.1 Bitte beschreiben Sie diese Bestandteile näher.

6.2 Gibt es einen Unterschied in der Behandlung von Säuglingen und Kindern und Erwachsenen?

6.3 Welcher Anteil der Therapie wird bei der Behandlung von Physiotherapeutinnen und -therapeuten erbracht und welcher Anteil der Therapie ist von den Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige) durchzuführen?

6.3.1 Bei Säuglingen und Kindern?

6.3.2 Bei Erwachsenen?

Bitte geben Sie hier Ihre Antwort ein.

7. Gibt es Ihrer fachlichen Ansicht nach physiotherapeutische Behandlungsalternativen zur Therapie nach Vojta bei Erkrankungen des zentralen Nervensystems?

7.1 Bei Säuglingen und Kindern?

7.2 Bei Erwachsenen?

Allgemein ist nach aktuellem Wissen ein zielorientiertes, aufgabenspezifisches, alltagsorientiertes und interprofessionell ausgerichtetes Vorgehen für beide Gruppen anerkannter Standard.

7.1 Das Verständnis der Therapie von Säuglingen und Kindern mit Entwicklungs- und Bewegungsstörungen hat sich seit den 1950-1970er Jahren grundlegend verändert.

Zitat Stellungnahme der DGSPJ aus dem Jahr 2005 „Aufgrund der neuen Erkenntnisse im Hinblick auf die motorische Steuerung bei zerebralen Bewegungsstörungen muss bezweifelt werden, dass eine vorwiegend auf Funktionsstörungen (impairment) ausgerichtete Therapie wirklich effektiv sein kann (Horak 1992, Mattiello und Woolacott 1997, Helders et al. 2003). Es spricht vieles dafür, dass eine Förderung und aufgabenorientierte Therapie, evtl. mit psychologischer und pädagogischer Unterstützung von Kind und Familie, die besseren Effekte bringt (Dunst et al. 1989, Schlack 1994, 2000 u.

2003, Helders et al. 2003). Die Therapieziele sollen sich an den Vorstellungen der WHO nach den Vorgaben des neuen Klassifikationssystems der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit ICF (WHO 2001, Gemeinsamer Bundesausschuss 2004) orientieren. Im Mittelpunkt stehen dabei der Erwerb von Fähigkeiten, die für den Alltag relevant sind, und die Förderung der Teilhabe am sozialen Leben.

Nach heutigem Wissen gelingt motorisches Lernen am besten bei wiederholtem, eigenmotiviertem Üben von sinnvollen Aufgaben, das für das Kind auch zu einer Verbesserung seiner Fertigkeiten und Fähigkeiten beitragen kann … Beim motorischen Lernen wächst der Lernerfolg mit der Einsicht in den Sinn einer Übung oder eines Lernstoffs (Brooks 1986); der Transfer in den Alltag ist somit begünstigt. Es wird angenommen, dass zum motorischen Lernprozess sowohl die Erstellung eines motorischen Schemas als auch eines motorischen Programms gehören und dass ein psychologisch-pädagogisch geschicktes Vorgehen während des Lernprozesses den Erfolg beeinflußt (Schmidt 1988).“

In dem Herausgeberband Schlack (Hrsg.) Welche Behandlung nützt behinderten Kindern? Im Kirchheim Verlag hat Schlack schon 1998 diese paradigmatische Veränderung bes. im Kapitel „Grundkonzepte der Behandlung. Eine Orientierung in der Vielfalt der Methoden“ beschrieben.

Aktuell sind Veröffentlichungen von Rosenbaum, Rosenbloom, Palisano, Gorter et al. aus dem CanChild Institut international handlungsleitend.

Quelle u.a.: Karch D., Boltshausen E., Göhlich-Ratmann G., Gross-Selbeck G., Pietz J., Schlack H. (2005). Physiotherapie auf neurophysiologischer Grundlage nach Bobath und Vojta bei Kindern mit zerebralen Bewegungsstörungen (unter besonderer Berücksichtigung von infantilen Zerebralparesen). Stellungnahme der Gesellschaft für Neuropädiatrie und der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin. In: Steinlin M., Kaufmann M., Führer F., Strozzi S. (Hrsg.). Aktuelle Neuropädiatrie. Nürnberg: Novartis, S. 417-433.

Rosenbaum P., Gorter J. W. (2011). The ‚F-words‘ in childhood disability: I swear this is how we should think! Child: Care, Health and Development 38 (4), S. 457—463.

Entsprechend besteht der Anspruch diese Grundprinzipien in der Therapie von Säuglingen und Kindern zu berücksichtigen. Es ist fraglich, ob die Vojta-Therapie dieses berücksichtigt.

7.2 In der Behandlung von Erwachsenen mit neurologischen Beeinträchtigungen hat sich ebenfalls die Grundannahme einer personenzentrierten, kontextsensiblen Rehabilitation etabliert mit für die Physiotherapie grundlegender Ausrichtung zielorientierter, aufgabenbezogener, am Alltag der Betroffenen orientierten therapeutischer Vorgehensweisen im interprofessionellen Rahmen. (siehe Frommelt et al. 2024). Hierzu liegen umfangreiche Wissensbestände vor, die in Leitlinien überführt wurden. Deutlich ist, wie komplex die Problemlage der einzelnen Person in seinem / ihrem Umfeld betrachtet und therapeutisch geplant werden muss. Es ist davon auszugehen, dass eine rein reflektorische motorisch-funktionelle Therapie, die den Alltagsbezug für die Betroffenen nicht herstellt, nicht adäquat ist.

Quellen u.a.: Peter Frommelt • Angelika Thöne-Otto • Holger Grötzbach (Hrsg.). 2024. NeuroRehabilitation. Ein Praxisbuch für interdisziplinäre Teams. 4., vollst. überarb. Aufl. Springer-Verlag. https://doi.org/10.1007/978-3-662-66957-0

Nelles G., Platz T., Allert N., Brinkmann S., Dettmer C., Dohle C., Engel A., Eckhardt G., Elsner B., Fheodoroff K., Guggisberg A., Jahn K., Liepert J., Pucks-Faes E., Reichl S., Renner C., Steib S., Rehabilitation sensomotorischer Störungen, S2k-Leitlinie, 2023, in: Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.), Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Online: www.dgn.org/leitlinien (abgerufen am 09.06.2025)

Andreas Bender, Susanne Blödt, Ulf Bodechtel, Bernd Eifert, Bernhard Elsner, Berend Feddersen, Susanne Freivogel, Bernd Frittrang, Bernd Hoffmann, Birthe Hucke, Volker Huge, Margret HundGeorgiadis, Rüdiger Ilg, Qiumei Jiang-Siebert, Ralf J. Jox, Stefan Knecht, Petra Maurer-Karattup, Martina Lück, Silja Molle, Jens Nee, Armin Nentwig, Marcus Pohl, Eckhard Rickels, Ilona Rubi-Fessen, Christoph Stepan, Christian Storm, Thomas van de Weyer, Pia Wieteck & Friedemann Müller. S3-LL Neurologische Rehabilitation bei Koma und schwerer Bewusstseinsstörung im Erwachsenenalter. In: DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR NEUROREHABILITATION E.V. (DGNR) (Hrsgb.), Leitlinien für die Neurorehabilitation. 1. Auflage 2022 / 23.12.2022

DEGAM Leitlinie Schlaganfall 2020 z.Zt. in Überarbeitung

S2e-Leitlinie Rehabilitation der Mobilität nach Schlaganfall (ReMoS) 2015 Re MoS Arbeitsgruppe: Ch. Dohle, R. Tholen, H. Wittenberg, S. Saal, J. Quintern, K. M. Stephan

8. Welche Rolle/Bedeutung haben Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige) Ihrer fachlichen Ansicht nach im Behandlungskonzept der Vojta-Therapie und nach welchen Entscheidungskriterien/Kontraindikationen werden Bezugspersonen aktiv in die Behandlung einbezogen (z. B. selbstständige Durchführung im häuslichen Umfeld)?

8.1 Bei Säuglingen und Kindern?

8.2 Bei Erwachsenen?

Bitte geben Sie hier Ihre Antwort ein.

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?

9.1 Bei Säuglingen und Kindern?

9.2 Bei Erwachsenen?

Bitte geben Sie hier Ihre Antwort ein.

10. Welche Mechanismen oder Protokolle existieren, um mögliche unerwünschte Wirkungen frühzeitig und auch im Langzeitverlauf zu erkennen und zu dokumentieren?

10.1 Bei der Anwendung durch Physiotherapeutinnen und -therapeuten?

10.2 Bei der Anwendung durch Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige)?

10.3 Gibt es hierzu relevante Unterlagen/Dokumente und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

Bitte geben Sie hier Ihre Antwort ein.

Teil II Besondere Fragen zur Vojta-Therapie bei Säuglingen und Kindern

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich ausschließlich auf die Behandlung von Erkrankungen des zentralen Nervensystems (einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen) bei der Durchführung der Vojta-Therapie bei Säuglingen und Kindern.

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)?

An dieser Stelle stellen wir die grundlegende Sicht- und Arbeitsweise im Bobath-Konzept dar.

Das Bobath-Konzept erschließt die Therapie der Patientin aus ihren individuellen Fähigkeiten und Schwierigkeiten im Kontext ihrer Lebenswelt, mit dem Ziel, ihrer Würde, ihrer Autonomie, ihrer Entwicklung und Rehabilitation zu dienen.

Das setzt zum einen fundiertes Wissen hinsichtlich der Komplexität von Entwicklung, Entwicklungsstörungen und zentralen Bewegungsstörungen voraus. Zum anderen erfordert dies umfassendes Können bzw. die Kompetenz seitens der Therapeutin, die Individualität der Patientin differenziert wahrzunehmen und therapeutische Problemlösungen zu erarbeiten, welche die Aktivitäten und die Partizipation der Patientin in deren sozialem Kontext fördern. Dies umfasst auch die Antizipation typischer sekundärer Komplikationen und die Berücksichtigung dieser im Sinne von Prävention.

Professionelles Arbeiten nach dem Bobath-Konzept zeichnet sich in der konkreten Umsetzung durch die kompetente Anwendung spezifischer Methoden und Techniken aus. Diese kompetente Anwendung impliziert eine vielfältige, differenzierte und kreative Gestaltung des Therapieprozesses. Zentral ist hier zum einen die Förderung der Eigenaktivität der Patientin in ihrer Interaktion mit der Umwelt. Zum anderen soll es der Patientin ermöglicht werden, die Therapie als

sinnvoll, wertvoll und förderlich zu erleben. Ein solcher therapeutischer Ansatz und Anspruch impliziert grundsätzlich die Bereitschaft zu interprofessionellem Handeln seitens der Therapeutin.

Es werden im Weiterbildungssystem die beiden Bereiche Entwicklungsneurologie und Neurorehabilitation unterschieden.

Curriculum G.K.B. e.V. 2023 https://www.bobath-zukunft.de/wp-content/uploads/2025/04/Bobath-Curriculum-2023-eBook.pdf.

Curriculum VeBID e.V. 2022 https://www.vebid.de/media/curriculum/html5.html#/1

Viebrock H, Forst B. (Hg.) (2008). Bobath. Stuttgart, New York: Thieme. [Therapiekonzepte in der Physiotherapie].

Mayston M. (2008) Bobath Concept: Bobath@50: mid-life-crisis - what of the future? In Physiotherapie Research International 13 (3), S. 131-136.

In der Bobath-Vereinigung sind alle Therapeut:innen, Mediziner:innen und Pflegenden, die ein Bobath-Zertifikat erworben haben, gemeinsam Mitglieder.

Die Sicherung der Aktualisierung und des Anschlusses an neue Erkenntnisse wird über die Jahrestagung, die regionalen Arbeitskreise und die erstellten Therapiestandards gewährleistet.

Bobath-Therapiestandards „Alltagsorientierung / 24-Stunden-Konzept“, „Dialogisches Vorgehen“, „Handlungsorientierung“, „Umfeldgestaltung“, „Interdisziplinäre Zusammenarbeit“, „Empfehlung zur Dokumentation der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen“.

Beispiele der letzten Jahrestagungen sind z.B. der Workshop mit Gabriele Wulf zu den Bedingungen für das motorische Lernen, der Workshop mit Gay Girolami zu den Anticipatory postural adjustments oder mit Margaret Mayston zum Bobath Clinical Reasoning Framework.

Leider gibt es keine Übereinstimmung mit den Denk- und Arbeitsweisen der Organisationen der Vojta-Therapie. Somit sind inhaltliche Grundannahmen, Aktualisierungen, wissenschaftliche Fundierung, sowie Curricula und Methodenlehre zwischen Vojta-Therapie und Bobath-Therapie getrennt und eigenständig.

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?

12.1 Wenn ja, bitte beschreiben Sie diese näher.

12.2 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

Bitte geben Sie hier Ihre Antwort ein.

13. Besteht Ihrer fachlichen Ansicht nach bei der unmittelbaren Anwendung der Vojta-Therapie bei Säuglingen und Kindern ein daraus folgendes Schädigungspotenzial?

13.1 Bei der Anwendung durch Physiotherapeutinnen und -therapeuten?

13.2 Bei der Anwendung durch Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige)?

13.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

Bitte geben Sie hier Ihre Antwort ein.

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)?

14.1 Bei der Anwendung durch Physiotherapeutinnen und -therapeuten?

14.2 Bei der Anwendung durch Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige)?

14.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

Aufgrund von Berichten von Eltern und Kindern kann zumindest von einer möglichen psychischen Belastung durch Vojta-Therapie ausgegangen werden. Die Bücher Voos Dunja, 2021, Vojta-Therapie bei Babys - ein Aufschrei: Hilfe bei einem speziellen Trauma sowie Benz Ute (Hrsg.), 2014, Festhaltetherapien – Ein Plädoyer gegen umstrittene Therapieverfahren im Psychosozial-Verlag verweisen ebenfalls auf mögliche psychische Langzeitfolgen.

15. Welche psychischen Belastungen oder direkten Stressreaktionen können Ihrer fachlichen Ansicht nach bei der Durchführung der Vojta-Therapie entstehen?

15.1 Bei Säuglingen und Kindern?

15.2 Bei Bezugspersonen (z. B. Eltern, weiteren Angehörigen)?

15.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

Bitte geben Sie hier Ihre Antwort ein.

16. Hat sich die fachliche Einschätzung hinsichtlich der psychischen Belastbarkeit von Säuglingen und Kindern sowie 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?

Bitte geben Sie hier Ihre Antwort ein.

FRAGEBOGEN
Überprüfung der Heilmittel-Richtlinie hinsichtlich der Regelungen zur Krankengymnastik zur Behandlung von ZNS-Erkrankungen

Gemeinsamer Bundesausschuss

Die Bobath Vereinigung e.V. – vertreten durch eine Physiotherapeutin mit Bobath- und Vojta-Zertifikat — 05.06.2025

Teil I Allgemeine Fragen zur Vojta-Therapie

1. Welche wesentlichen Wirkprinzipien liegen Ihrer fachlichen Ansicht nach der Vojta-Therapie zugrunde?

1.1 Welche der genannten Wirkprinzipien sind für die Behandlung von Erkrankungen des zentralen Nervensystems (einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen) relevant?

1.2 Gibt es hinsichtlich der Wirkprinzipien Unterschiede in der Behandlung von Säuglingen und Kindern und Erwachsenen?

1.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

1.1 Bahnung von komplexen Bewegungsmustern.

1.2 Es gibt Unterschiede in der Behandlung von Erwachsenen und Säuglingen, die Positionen und Druckpunke sind dieselben.

1.3 Ich kenne keine Studien dazu.

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?

2.1 Entspricht die Behandlung nach dem Vojta-Konzept dem heutigen allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse?

2.2 Gibt es zu dem derzeit praktizierten Vojta-Konzept aktuelle relevante Unterlagen und Dokumente (z. B. Curricula, Anleitungen für Bezugspersonen, Aufklärungen etc.) und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

2.1 Die Behandlung zeigt kleine Varianten in der Durchführung, der Kern (Positionen und Druckpunkte) hat sich nicht verändert.

2.2 Es gibt Bücher und Broschüren, sowie eine Literatur-Datenbank.

3. Wird die Vojta-Therapie heute noch als eigenständige Therapieform angewandt, oder wird sie in der Praxis zunehmend mit anderen Konzepten kombiniert?

3.1 Falls sie kombiniert wird: Mit welchen anderen Therapieansätzen wird sie häufig verknüpft?

3.2 Gibt es Evidenz zur Wirksamkeit dieser kombinierten Ansätze?

3.1 Vojta besteht als eigenständige Therapieform, wird aber von manchen Therapeuten mit zum Beispiel Bobath kombiniert.

3.2 Mir sind über die Wirksamkeit von einer kombinierten Anwendung keine Studien bekannt.

4. Bei welchen Erkrankungen des zentralen Nervensystems (einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen) sollte Ihrer fachlichen Ansicht nach die Vojta-Therapie angewendet werden?

4.1 Indikationen bei Säuglingen und Kindern?

4.2 Indikationen bei Erwachsenen?

4.1 Zeigt sich sinnvoll bei Plexusparese und bei einigen Kindern mit Plagiocephalus.

4.1 Nach meinen Erfahrungen kann Vojta bei MS und evtl. Querschnitt wirkungsvoll sein.

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)?

5.1 Kontraindikationen bei Säuglingen und Kindern?

5.2 Kontraindikationen bei Erwachsenen?

5.1 Die Diagnose Spina bifida ist eine Kontraindikation, da Vojta das Muskelungleichgewicht und die spinale Spastik verstärkt.

Für mich ist auch CP einen Kontraindikation, da die Umsetzung der Vojta Therapie in den Alltag zu komplex ist.

5.2 Querschnitt und Hemiparese, wenn sich durch die Vojta-Therapie die Spastik erhöht oder in ein muskuläres Ungleichgewicht trainiert wird.

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?

6.1 Bitte beschreiben Sie diese Bestandteile näher.

6.2 Gibt es einen Unterschied in der Behandlung von Säuglingen und Kindern und Erwachsenen?

6.3 Welcher Anteil der Therapie wird bei der Behandlung von Physiotherapeutinnen und -therapeuten erbracht und welcher Anteil der Therapie ist von den Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige) durchzuführen?

6.3.1 Bei Säuglingen und Kindern?

6.3.2 Bei Erwachsenen?

6.1 Vojta-Positionen (in Rückenlage, Seitlage und Bauchlage) mit 9 Druckpunkten.

Die Positionen werden wie folgt benannt: 1. Phase Drehen, 2. Phase Drehen und Reflexkriechen.

Positionen und Zonen müssen korrekt eingehalten werden.

Es wird, je nach Befund, symetrisch oder leicht asymetrisch gearbeitet.

Bei einem Säugling wird eine Position etwa 30 Sekunden gehalten, bei Kinder länger.

6.2 Die Positionen und Zonen sind bei Erwachsenen gleich, sie werden aber länger gehalten, z.B. einige Minuten lang.

6.3 6.3.1 Bei Säuglingen und bei Kinder soll die Therapie 4mal täglich von den Angehörigen durchgführt werden. Den Therapieplan erstellt ein*e Vojta-Therapeut*in und überwacht diesen regelmäßig.

6.3.2 Bei Erwachsenen findet die Therapie zu allermeist in der Praxis mit dem*der Therapeut*in statt.

7. Gibt es Ihrer fachlichen Ansicht nach physiotherapeutische Behandlungsalternativen zur Therapie nach Vojta bei Erkrankungen des zentralen Nervensystems?

7.1 Bei Säuglingen und Kindern?

7.2 Bei Erwachsenen?

Um nicht den Verdacht der Befangenheit entstehen zu lassen, möchten wir als Bobath-Vereinigung e.V. uns hierzu nicht äußern.

8. Welche Rolle/Bedeutung haben Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige) Ihrer fachlichen Ansicht nach im Behandlungskonzept der Vojta-Therapie und nach welchen Entscheidungskriterien/Kontraindikationen werden Bezugspersonen aktiv in die Behandlung einbezogen (z. B. selbstständige Durchführung im häuslichen Umfeld)?

8.1 Bei Säuglingen und Kindern?

8.2 Bei Erwachsenen?

8.1 Bei Säuglingen ist die häusliche Anwendung erforderlich. Dazu müssen die Angehörigen Einsicht in die Therapie haben, die Anwendung verstehen und eine gute Anleitung haben. Wenn den Angehörigen die richtige Durchführung nicht nahe gebracht werden kann, sollte eine häusliche Therapie nicht weiter stattfinden. Bei Störungen der Mutter-Kind-Bindung jeglicher Art, sollte ebenso auf die Durchführung der Therapie durch die Mutter verzichtet werden.

8.2 In der Praxis spielen die Angehörigen eine geringere Rolle, es sei denn, ein mittlerweile erwachsenes Kind wird weiter von seinen Eltern beturnt oder der*die Ehepartner*in arbeitet in der Therapie mit. Ich persönlich habe das kaum erlebt.

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?

9.1 Bei Säuglingen und Kindern?

9.2 Bei Erwachsenen?

9.1 Die Schulung der Angehörigen erfolgt regelmäßig, zum Beispiel 1 oder 2mal wöchentlich. Er werden die zu erwartenden motorischen Reaktionen des Kindes beschrieben, auch dass das Kind weinen kann. Das Weinen wird als Ausdruck der Anstrengung des Kindes in Kauf genommen.

Die Eltern führen die Therapie auch unter Weinen durch, da sie ein „ Versprechen“ der Besserung/Heilung der Beschwerden des Kindes bekommen.

Oft wird aber auch von den Therapeuten ein Druck aufgebaut.

Eine Auflärung über Risiken/unerwünschte Folgen findet nicht statt.

9.2 In der Regel sind die Erwachsenen freiwillig da und kommen, weil sie einen Profit durch die Therapie erleben.

10. Welche Mechanismen oder Protokolle existieren, um mögliche unerwünschte Wirkungen frühzeitig und auch im Langzeitverlauf zu erkennen und zu dokumentieren?

10.1 Bei der Anwendung durch Physiotherapeutinnen und -therapeuten?

10.2 Bei der Anwendung durch Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige)?

10.3 Gibt es hierzu relevante Unterlagen/Dokumente und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

10.1 Therapeut*innen dokumentieren in ihren Akten.

10.2 Die Therapeut*innen dokumentieren auch, wie/ob die Therapie im häuslichen Umfeld gelingt.

10.3 Mir sind keine Unterlagen oder Dokumente bekannt.

Teil II Besondere Fragen zur Vojta-Therapie bei Säuglingen und Kindern

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich ausschließlich auf die Behandlung von Erkrankungen des zentralen Nervensystems (einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen) bei der Durchführung der Vojta-Therapie bei Säuglingen und Kindern.

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)?

Bobath und Vojta trennt existenziell das Menschebild.

Im Bobath-Konzept geht man von einem kompetenten, mündigen, handelnden, selbstwirksamen Menschen aus, den es zu unterstützen gilt.

In der Vojta-Therapie ist die Eigenaktivität sogar unerwünscht. Die Vojta-Therapie baut darauf, dass die komplexen Bewegungsabläufe in den Alltag übertragen werden können.

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?

12.1 Wenn ja, bitte beschreiben Sie diese näher.

12.2 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

12.1 Durch die Vojta-Therapie kann im frühen Säuglingsalter schon ein „Muskeltraining“ angeboten werden.

12.1 Mir sind keine Studien bekannt.

13. Besteht Ihrer fachlichen Ansicht nach bei der unmittelbaren Anwendung der Vojta-Therapie bei Säuglingen und Kindern ein daraus folgendes Schädigungspotenzial?

13.1 Bei der Anwendung durch Physiotherapeutinnen und -therapeuten?

13.2 Bei der Anwendung durch Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige)?

13.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

13.1 Es ist eine Frage des Einfühlungsvermögens und der Dosierung.

13.2 Mir ist ein Fall bekannt, in dem eine Beinfraktur bei einem tetraspastischen Kind bei der häulichen Durchführung des Vojta-Programms durch ein Kindermädchen verursacht wurde.

In meine Praxis kommen immer wieder Eltern, die die Therapieform wechseln wollen, diese Kinder wirken subjektiv wie traumatisiert. Dies könnte mutmaßlich durch die vorrangegangene Vojta-Theapie mitentstanden sein. Eine schwierige Mutter-Kind-Bindung wird mit einer Vojta-Therapie weiter belastet.

13.3 Studien sind mir dazu nicht bekannt.

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)?

14.1 Bei der Anwendung durch Physiotherapeutinnen und -therapeuten?

14.2 Bei der Anwendung durch Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige)?

14.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

14.1 Der*Die Vojta-Terapeut*in kann mit zu viel Druck arbeiten, besonders auf der psychischen Ebene.

14.2 Zu Beginn meiner Tätigkeit habe ich fast nur nach dem Vojta-Konzept gearbeitet. Ich habe in meiner 45jährigen Tätigkeit mehrmals erlebt, dass der Druck 4mal täglich eine Vojta- Behandlung Zuhause durchzuführen, da man sonst schuld sei, dass das Kind eine Behinderung behält, insofern eine Schädigung hervorrufen kann, dass dies sehr belastend und einschneidend für Eltern und Kinder/die ganze Familie sein kann.

14.3 Mir sind keine Studien bekannt.

15. Welche psychischen Belastungen oder direkten Stressreaktionen können Ihrer fachlichen Ansicht nach bei der Durchführung der Vojta-Therapie entstehen?

15.1 Bei Säuglingen und Kindern?

15.2 Bei Bezugspersonen (z. B. Eltern, weiteren Angehörigen)?

15.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

15.1 Ängstlichkeit, Zurückhaltung, Schwierigkeit eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen, Traumata, Passivität, Inaktivität, Verhaltensauffälligkeiten.

15.2 Das Gefühl, nicht genug getan zu haben.

Schuldgefühle, wenn die versprochene Besserung ausbleibt.

Zerrissenheit, auf die Signale des Kindes zu hören, aber auch gewissenhaft die Theapie durchzuführen.

15.3 Mir sind darüber keine Studien bekannt.

16. Hat sich die fachliche Einschätzung hinsichtlich der psychischen Belastbarkeit von Säuglingen und Kindern sowie 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?

Es gibt beides

- die strikten Vojta-Therapeut*innen und

- diejenigen, die mit angepasster Dosierung und Einfühlungsvermögen diese besondere Form der Kindertherapie anpassen, soweit das in dieser vorgegebenen Therapieform möglich ist.

FRAGEBOGEN
Überprüfung der Heilmittel-Richtlinie hinsichtlich der Regelungen zur Krankengymnastik zur Behandlung von ZNS-Erkrankungen

Gemeinsamer Bundesausschuss

VAKJP (Vereinigung für analytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in Deutschland) 10.06.2025

Teil I Allgemeine Fragen zur Vojta-Therapie

1. Welche wesentlichen Wirkprinzipien liegen Ihrer fachlichen Ansicht nach der Vojta-Therapie zugrunde?

1.1 Welche der genannten Wirkprinzipien sind für die Behandlung von Erkrankungen des zentralen Nervensystems (einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen) relevant?

1.2 Gibt es hinsichtlich der Wirkprinzipien Unterschiede in der Behandlung von Säuglingen und Kindern und Erwachsenen?

1.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

Die Vojta-Therapie gehört nicht zu den von uns selbst verwendeten Verfahren, sie ist kein Bestandteil der tiefenpsychologisch fundierten oder analytischen Psychotherapie. Wir können uns in dieser Stelleungnahme daher ausschließlich auf psychodynamische Auswirkungen der Vojta-Therapie beziehen, wie wir sie an unsere kleinen Patient:innen und ihren Beziehung zu den relvanten Bezugspersonen, die die Vojta-Therapie mit ihnen durchführen, beobachten oder die uns in Erfahrungsberichten geschildert wurden. Nach unserer Kenntnis gibt es keine belastbaren Untersuchungen bzgl. der psychischen Effekte.

Nach unserer Kenntnis beruht die Vojta-Therapie auf der Annahme, dass durch gezielte Reizung bestimmter Zonen sogenannte „Reflexlokomotionen“ ausgelöst werden können. Diese motorischen Muster sollen zentralnervös gespeichert sein und auch bei neurologisch beeinträchtigten Personen reaktivierbar sein.

1.1 Relevanz für zentrale Nervensystemerkrankungen

Die Methode wird zur Unterstützung motorischer Entwicklung bei infantiler Zerebralparese, spastischen Lähmungen oder anderen zentralnervösen Schädigungen eingesetzt. Aus psychodynamischer Sicht stellt sich hier die Frage, wie sich solche repetitiven, passiv ausgelösten Bewegungen auf das entstehende Körperselbst und die Affektregulation auswirken – insbesondere, wenn sie nicht subjektiv eingebettet oder psychisch mentalisiert werden können.

1.2 Altersabhängige Unterschiede

Bei Säuglingen und Kleinkindern ist die psychische Strukturreife noch nicht vorhanden, um das Verfahren kognitiv oder symbolisch zu verarbeiten. Anders als Erwachsene können sie die körperlichen Eingriffe nicht als therapeutisch verstehen. Dies birgt Risiken der Überforderung, Affektdesintegration und Irritation der frühen Objektbeziehungserfahrung.

1.3 Evidenzlage

Die wissenschaftliche Evidenz für die Wirksamkeit der Vojta-Therapie ist insgesamt begrenzt. Methodisch hochwertige Studien mit belastbaren Langzeitdaten fehlen weitgehend. Insbesondere psychische Effekte – etwa auf Bindungsverhalten, Affektregulation und Beziehungserfahrungen – wurden bislang kaum untersucht.

Wir werden uns bei der Beantwortung der Fragen unserer fachlichen Expertise entsprechend, auf die Beantwortung der Fragen in Teil II fokussiern.

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?

2.1 Entspricht die Behandlung nach dem Vojta-Konzept dem heutigen allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse?

2.2 Gibt es zu dem derzeit praktizierten Vojta-Konzept aktuelle relevante Unterlagen und Dokumente (z. B. Curricula, Anleitungen für Bezugspersonen, Aufklärungen etc.) und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

3. Wird die Vojta-Therapie heute noch als eigenständige Therapieform angewandt, oder wird sie in der Praxis zunehmend mit anderen Konzepten kombiniert?

3.1 Falls sie kombiniert wird: Mit welchen anderen Therapieansätzen wird sie häufig verknüpft?

3.2 Gibt es Evidenz zur Wirksamkeit dieser kombinierten Ansätze?

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

4. Bei welchen Erkrankungen des zentralen Nervensystems (einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen) sollte Ihrer fachlichen Ansicht nach die Vojta-Therapie angewendet werden?

4.1 Indikationen bei Säuglingen und Kindern?

4.2 Indikationen bei Erwachsenen?

Bitte geben Sie hier Ihre Antwort ein.

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)?

5.1 Kontraindikationen bei Säuglingen und Kindern?

5.2 Kontraindikationen bei Erwachsenen?

Bitte geben Sie hier Ihre Antwort ein.

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?

6.1 Bitte beschreiben Sie diese Bestandteile näher.

6.2 Gibt es einen Unterschied in der Behandlung von Säuglingen und Kindern und Erwachsenen?

6.3 Welcher Anteil der Therapie wird bei der Behandlung von Physiotherapeutinnen und -therapeuten erbracht und welcher Anteil der Therapie ist von den Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige) durchzuführen?

6.3.1 Bei Säuglingen und Kindern?

6.3.2 Bei Erwachsenen?

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

7. Gibt es Ihrer fachlichen Ansicht nach physiotherapeutische Behandlungsalternativen zur Therapie nach Vojta bei Erkrankungen des zentralen Nervensystems?

7.1 Bei Säuglingen und Kindern?

7.2 Bei Erwachsenen?

Bitte geben Sie hier Ihre Antwort ein.

8. Welche Rolle/Bedeutung haben Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige) Ihrer fachlichen Ansicht nach im Behandlungskonzept der Vojta-Therapie und nach welchen Entscheidungskriterien/Kontraindikationen werden Bezugspersonen aktiv in die Behandlung einbezogen (z. B. selbstständige Durchführung im häuslichen Umfeld)?

8.1 Bei Säuglingen und Kindern?

8.2 Bei Erwachsenen?

Bitte geben Sie hier Ihre Antwort ein.

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?

9.1 Bei Säuglingen und Kindern?

9.2 Bei Erwachsenen?

Bitte geben Sie hier Ihre Antwort ein.

10. Welche Mechanismen oder Protokolle existieren, um mögliche unerwünschte Wirkungen frühzeitig und auch im Langzeitverlauf zu erkennen und zu dokumentieren?

10.1 Bei der Anwendung durch Physiotherapeutinnen und -therapeuten?

10.2 Bei der Anwendung durch Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige)?

10.3 Gibt es hierzu relevante Unterlagen/Dokumente und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

Bitte geben Sie hier Ihre Antwort ein.

Teil II Besondere Fragen zur Vojta-Therapie bei Säuglingen und Kindern

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich ausschließlich auf die Behandlung von Erkrankungen des zentralen Nervensystems (einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen) bei der Durchführung der Vojta-Therapie bei Säuglingen und Kindern.

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)?

Im Vergleich zu beziehungsorientierten Verfahren wie Bobath, Affolter oder sensorischer Integration unterscheidet sich die Vojta-Therapie grundlegend durch ihre strukturierte, positionsgebundene und reizinduzierte Technik. Während andere Verfahren auf dialogische, ko-regulative und explorative Interaktion mit dem Kind setzen, erfolgt die Vojta-Anwendung überwiegend körperfokussiert, mit extern gesetzten Reizen und standardisierten Abläufen. Aus psychoanalytischer Sicht besteht die

Gefahr, dass ein entwicklungsadäquater affektiver Resonanzraum fehlt, der für frühe psychische Integration zentral ist.

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?

12.1 Wenn ja, bitte beschreiben Sie diese näher.

12.2 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

Ein möglicher Vorteil liegt in der unmittelbaren Aktivierung zentraler Bewegungsmuster. Doch dieser mögliche Benefit ist im Säuglingsalter kritisch zu hinterfragen, da die motorische Aktivität nicht selbstinitiiert, nicht intentionell und nicht beziehungsbezogen erfolgt. Psychisch wirksamer erscheinen Konzepte, die das Kind als Subjekt in seiner leiblichen und affektiven Ausdrucksfähigkeit ernst nehmen. Hier zeigt sich Vojta im Vergleich eher defizitär.

13. Besteht Ihrer fachlichen Ansicht nach bei der unmittelbaren Anwendung der Vojta-Therapie bei Säuglingen und Kindern ein daraus folgendes Schädigungspotenzial?

13.1 Bei der Anwendung durch Physiotherapeutinnen und -therapeuten?

13.2 Bei der Anwendung durch Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige)?

13.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

13.1. Physiotherapeut:innen: Trotz fachlich korrekter Durchführung kann das Verfahren bei Säuglingen – insbesondere mit unreifer Affekt- und Selbstregulation – Stressreaktionen auslösen, die ohne therapeutisch-emotionale Einbettung als traumatisch erlebt werden können. Die Gefahr besteht darin, dass das Kind sich nicht als aktives Gegenüber, sondern als „passiv manipulierter Körper" erfährt.

13.2. Bezugspersonen: Hier ist das Risiko noch höher. Elterliche Verunsicherung, Überforderung oder rigide Befolgung von Anweisungen können die Beziehung belasten. Bei bereits belasteter Bindung kann dies zu Rückzug, Widerstand oder chronischer Dysregulation beim Kind führen.

13.3. Evidenz: Systematische Forschung zu psychischen Risiken fehlt weitgehend. Einzelne Fallberichte und Beobachtungen aus der Praxis weisen jedoch auf somatische und affektive Stressreaktionen hin (z. B. exzessives Schreien, Muskelhypertonie, Blickabwendung, Verweigerung).

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)?

14.1 Bei der Anwendung durch Physiotherapeutinnen und -therapeuten?

14.2 Bei der Anwendung durch Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige)?

14.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

14.1 Durch Physiotherapeut:innen: Wiederholte affektiv nicht integrierte Reize können langfristig internalisiert werden und sich in Form körperlich-affektiver Regulationsstörungen, Bindungsunsicherheit oder psychosomatischer Symptome äußern.

14.2 Durch Bezugspersonen: Chronisch überfordernde elterliche Beteiligung kann zu sekundären Loyalitätskonflikten, Schamgefühlen oder Abwehr gegen körperliche Nähe führen. Dies betrifft insbesondere Säuglinge in vulnerablen Familiensystemen.

14.3 Evidenz: Empirische Daten fehlen, aber entwicklungspsychologische Theorien (z. B. Stern, Fonagy, Laufer und Laufer, u.a.) legen nahe, dass frühe, wiederholte Beziehungserfahrungen ohne adäquate Affektspiegelung langfristige Auswirkungen auf das Selbst- und Beziehungserleben haben können.

15. Welche psychischen Belastungen oder direkten Stressreaktionen können Ihrer fachlichen Ansicht nach bei der Durchführung der Vojta-Therapie entstehen?

15.1 Bei Säuglingen und Kindern?

15.2 Bei Bezugspersonen (z. B. Eltern, weiteren Angehörigen)?

15.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

15.1 Typische Stressreaktionen beim Säugling umfassen:

- untröstliches Schreien
- vegetative Dysregulation (z. B. Atemrhythmus, Muskeltonus)
- motorischer Widerstand
- Rückzug oder Erstarrung
  Solche Reaktionen weisen auf eine Überforderung des autonomen Nervensystems hin, die entwicklungspsychologisch relevant ist.

15.2. Bei den Bezugspersonen:

Diese können emotional überfordert sein, insbesondere wenn sie die Reaktionen des Kindes als Leid erleben. Häufige Folgen sind Schuldgefühle, Hilflosigkeit, ambivalente Compliance oder sogar Behandlungsabbruch.

15.3 Evidenz: Studien zu elterlicher Belastung in der Anwendung von Vojta existieren kaum. Die klinische Erfahrung und psychotherapeutische Begleitung solcher Familien legt jedoch nahe, dass erheblicher emotionaler Druck entstehen kann – besonders in dysfunktionalen Familiensystemen oder bei vorbestehender elterlicher psychischer Belastung.

16. Hat sich die fachliche Einschätzung hinsichtlich der psychischen Belastbarkeit von Säuglingen und Kindern sowie 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?

In den 1950er Jahren galt der Säugling vielfach noch als reizoffenes, aber psychisch wenig differenziertes Wesen. Heute ist unbestritten, dass bereits sehr junge Kinder über ausgeprägte Fähigkeiten zur Affektdifferenzierung, zur Beziehungsaufnahme und zur Stressverarbeitung verfügen – jedoch in starkem Maße auf externe Ko-Regulation angewiesen sind.

Auswirkungen auf die Praxis:
Eine moderne Anwendung der Vojta-Therapie müsste diesen Erkenntnissen Rechnung tragen:

- geringere Dauer und Intensität der Anwendung
- stärkere Beziehungsorientierung
- Einbettung in ein bindungsförderliches therapeutisches Setting
- regelmäßige psychologische Begleitung der Bezugspersonen

Zusammenfassende Bemerkung: Die Vojta-Therapie ist aus physiotherapeutischer Sicht ein anerkanntes Verfahren zur Behandlung motorischer Entwicklungsstörungen. Aus psychotherapeutischer Sicht ergeben sich jedoch erhebliche Bedenken bei der Anwendung im Säuglings- und Kindesalter. Insbesondere die fehlende beziehungsorientierte Rahmung, die Möglichkeit der affektiven Überforderung und das Risiko langfristiger Regulations- und Beziehungsschäden müssen berücksichtigt werden.

Eine verantwortungsvolle Anwendung erfordert:

- strenge Indikationsstellung

- interdisziplinäre Begleitung
- Schulung und psychodynamische Unterstützung der Bezugspersonen
- achtsame Beobachtung affektiver Reaktionen des Kindes
- Bereitschaft zur Adaptation und ggf. Umstellung der Therapie

Inwieweit diese Art der Behandlung sich negativ auf die frühe Beziehung und Bindungsentwicklung auswirkt ist sicherlich davon abhängig, wie es den Eltern gelingt dieses Spannungsfeld im Wissen um die Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit für die Entwicklung ihres Babys auszuhalten und wie gut diese darin evtl. auch psychologisch-psychotherapeutisch begleitet sind, diese Affekte von Zumutung, Schmerz und Stress auszuhalten, zu regulieren und zu containen.

FRAGEBOGEN
Überprüfung der Heilmittel-Richtlinie hinsichtlich der Regelungen zur Krankengymnastik zur Behandlung von ZNS-Erkrankungen

Gemeinsamer Bundesausschuss

Deutsche Gesellschaft für Neurorehabilitation (DGNR) 24.05.2025

Teil I Allgemeine Fragen zur Vojta-Therapie

1. Welche wesentlichen Wirkprinzipien liegen Ihrer fachlichen Ansicht nach der Vojta-Therapie zugrunde?

1.1 Welche der genannten Wirkprinzipien sind für die Behandlung von Erkrankungen des zentralen Nervensystems (einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen) relevant?

1.2 Gibt es hinsichtlich der Wirkprinzipien Unterschiede in der Behandlung von Säuglingen und Kindern und Erwachsenen?

1.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

Vorbemerkung:

Die DGNR bedankt sich für die Möglichkeit zu einer Stellungnahme zum Verbleiben der Vojta-Therapie im Leistungskatalog der „KG ZNS“ .
Wie Sie aus den nachfolgenden Erläuterungen entnehmen können, ist die Position der DGNR zur Vojta-Therapie bei Kindern negativ bis ablehnend. Einerseits ist sowohl die neurobiologische Grundlage dieser Therapie wie auch die heute verfügbare Evidenzlage negativ. Hinzu kommt, dass es viele Hinweise darauf gibt, dass die Anwendung der Vojta-Therapie auch negative Auswirkungen insbesondere auf die psychosoziale Situation der betroffenen Patienten, eingebettet auch in ihre familiären Strukturen, haben kann. Andererseits sind wir uns bewusst, dass viele Betroffene und Angehörige subjektiv gute Erfahrungen mit dieser Therapie gemacht haben.
Als Fachgesellschaft stellen wir allerdings auch die Frage, was an die Stelle einer solchen seit Jahrzehnten benutzten und abrechenbaren Therapieform treten kann. Es steht für uns außer Frage, dass gerade Kinder und Jugendliche mit zerebralen Schädigungen oder einem Risiko hierfür einer sinnvollen sensomotorischen und auch kognitiven Therapie bedürfen. Ebenfalls muss die Familie im Sinne von „Coaching“ im Umgang mit der Situation begleitet werden.
Wir müssen festhalten, dass es heute hervorragende, evidenzbasierte Alternativen zur Vojta-Therapie gibt, die aber bisher leider nicht in ausreichendem Umfang Eingang in Leistungskataloge gefunden haben. Dies hat die Konsequenz, dass Ressourcen fehlgeleitet werden in nicht wirsamkeitsgesicherte Kanäle. Daher wäre es aus Sicht der DGNR geboten, die vielfältigen modernen evidenzbasierten therapeutischen Verfahren im Gegensatz zu den klassischen an „Schulen“ orientierten Verfahren (wie Vojta, PNF oder auch Bobath) einzusetzen. Speziell die DGNR hat eine langjährige Expertise in der Erstellung evidenzbasierter Leitlinien insbesondere in der multiprofessionellen, therapeutischen Behandlung neurologischer Erkrankungen. Daher ist sie gerne bereit, einen solchen Weg zu begleiten.

Zu den konkreten Fragen:

1.1. Das Wirkprinzip der Vojta-Therapie beruht auf einem (unbewiesenen und mit aktuellen entwicklungsneurologischen Kenntnissen nicht zu vereinbarenden) reflexphysiologischen Ansatz. Es wird davon ausgegangen, dass durch die taktile Stimulation bestimmter Körperabschnitte automatische reflexhafte Bewegungsabläufe abgerufen werden können (Reflexkriechen, Umdrehen, Aufrichten etc). Es wird weiter davon ausgegangen, dass durch die reflexhafte Anbahnung motorische Abläufe reorganisiert werden können, oder im Fall einer möglichen frühkindlichen Schädigung natürliche motorische Muster reetabliert werden können. Dabei handelt es sich um eine rein passive Anbahnung von Bewegungen. Aspekte der Optimierung von Bewegungsabläufen zum Beispiel durch motorisches Lernen finden keine Berücksichtigung.

1.2 Ein weiteres unbewiesenes und ebenfalls mit moderner Entwicklungsneurophysiologie nicht vereinbares Postulat ist, dass durch diesen Ansatz vermeintlich hierarchisch abgestufte Entwicklungschritte evoziert werden, die nur in einer starren hierarchischen Sequenz abgerufen werden dürfen. Für Kinder bedeutet dies, dass Entwicklungsschritte wie z.B. Gehen verhindert werden, weil diese noch nicht krabbeln. Diese Annahmen werden auch auf Erwachsene übertragen, ohne dass uns dazu eine Rationale bekannt wäre.

1.3 Es gibt verschiedene, vorwiegend an Erwachsenen durchgeführte Studien, die Unterschiede der Vojta-Therapie zu „Schein"-Behandlungen in neurophysiologischen Parametern wie Muskelaktivität (EMG) und/oder Hirnaktivität zeigen. Es ist aber unklar, ob diese neurophysiologischen Unterschiede auch klinisch meßbare und relevante Verbesserungen nach sich ziehen.

Literatur: Sanz-Esteban, I., Cano-de-la-Cuerda, R., San-Martín-Gómez, A., Jiménez-Antona, C., Monge-Pereira, E., Estrada-Barranco, C., García-Sánchez, P.C., Serrano, J.I., 2021. Innate Muscle Patterns Reproduction During Afferent Somatosensory Input With Vojta Therapy in Healthy Adults. A Randomized Controlled Trial. IEEE Transactions on Neural Systems and Rehabilitation Engineering 29, 2232–2241. https://doi.org/10.1109/TNSRE.2021.3120369

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?

2.2 Entspricht die Behandlung nach dem Vojta-Konzept dem heutigen allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse?

2.3 Gibt es zu dem derzeit praktizierten Vojta-Konzept aktuelle relevante Unterlagen und Dokumente (z. B. Curricula, Anleitungen für Bezugspersonen, Aufklärungen etc.) und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

2.1 Für die Vojta-Therapie ist keine wesentliche Weiterentwicklung in den letzten Jahrzehnten zu verzeichnen. Die Therapie ist nie nach dem Erkenntnisstand moderner Neurophysiologie und der Motorikwissenschaften modifiziert worden. Eine soliden statistischen Kriterien standhaltende systematische Evaluierung der Wirksamkeit dieses Therapieansatzes ist nicht erfolgt. Da heute andere, mit aktuellen entwicklungsneurologischen Erkenntnissen aber auch durch geeignete klinische Studien untermauerte Therapieverfahren zur Verfügung stehen, besteht streng genommen keine Berechtigung mehr, dass bestimmte Krankheitsbilder mit der Vojta-Therapie behandelt werden sollten. Grundsätzlich stehen für alle in Rede stehenden Krankheitsbilder der durch die Vojta-Therapie angesprochenen Patientenzielgruppen heute Verfahren mit besser abgesicherter Wirksamkeit zur Verfügung. Es gibt bisher nur sehr wenige Versuche, das Evidenzniveau der Vojta-Therapie zu bestimmen. Auch eine kürzlich publizierte Metaanalyse (Sanchez-Gonzales et al 2024) zeigte bei durchgehend sehr geringer Qualität der untersuchten Studien nach dem GRADE System, keine signifikanten funktionellen Verbesserungen bei den meisten Indikationen. Insbesondere bei Kindern und Jugendlichen zeigten sich keine funktionell oder klinisch relevanten Effekte für neurologische, respiratorische und orthopädische Indikationen. Funktionell marginal signifikante Effekte ergaben sich lediglich für eine Verbesserung von Stand/Gang Funktionen bei erwachsenen Patienten mit Multipler Sklerose. Wie oben ausgeführt, fanden sich allerdings schwer interpretierbar signifikante Effekte für EEG- und EMG-Messungen, die aber nicht unmittelbar zu tatsächlich funktionell wirksamen Verbesserungen führten.

Literatur:

Sánchez-González JL, Sanz-Esteban I, Menéndez-Pardiñas M, Navarro-López V and Sanz-Mengíbar JM (2024) Critical review of the evidence for Vojta Therapy: a systematic review and meta-analysis. Front. Neurol. 15:1391448. doi: 10.3389/fneur.2024.1391448

2.2 Es sind zahlreiche Bücher im deutschsprachigen Raum zu dem Thema erschienen. z.B. Vojta Václav. Die zerebralen Bewegungsstörungen im Säuglingsalter: Frühdiagnose und Frühtherapie (2008). Thieme Verlag 8te Auflage ISBN:9783131407689

Siehe auch https://www.vojta.com/de

3 Wird die Vojta-Therapie heute noch als eigenständige Therapieform angewandt, oder wird sie in der Praxis zunehmend mit anderen Konzepten kombiniert?

3.2 Falls sie kombiniert wird: Mit welchen anderen Therapieansätzen wird sie häufig verknüpft?

3.3 Gibt es Evidenz zur Wirksamkeit dieser kombinierten Ansätze?

3.2 Heute wird die Vojta-Therapie noch vielfältig in Kliniken und Praxen eingesetzt und versteht sich weiterhin als überwiegend eigenständige Therapieform, die nur in geringem Umfang unmittelbar mit anderen Methoden kombiniert wird. Ausgebildete Vojta-Therapeuten haben häufig zusätzliche Weiterbildungen in anderen klassischen „Therapie-Schulen" wie zum Beispiel PNF oder Bobath.

3.3 Entsprechend der fehlenden Evidenzlage für die Vojta-Therapie an sich sind uns keinerlei Studien zur Kombination bekannt.

4 Bei welchen Erkrankungen des zentralen Nervensystems (einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen) sollte Ihrer fachlichen Ansicht nach die Vojta-Therapie angewendet werden?

4.2 Indikationen bei Säuglingen und Kindern?

4.3 Indikationen bei Erwachsenen?

4.2 Vojta wird bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern mit manifesten neurologischen Erkrankungen wie z.B. der Zerebralparese oder geburtstraumatischen Plexusparesen, aber auch bei Säuglingen und Kleinkindern mit Risikofaktoren für die Manifestation einer neurologischen Symptomatik angewandt. Eine Behandlungsindikation ist die sogenannte Zentrale Koordinationsstörung (ZKS), die durch die von Vojta beschriebenen, abnormen „Lagereaktionen" diagnostiziert wird. Diese ZKS ist kein in den deutschen und internationalen einschlägigen Lehrbüchern der Kinderneurologie definierter Symptomenkomplex. Die Feststellung einer ZKS aufgrund pathologischer Lagereaktionen verkennt die Tatsache, dass auch gesunde Säuglinge im ersten Lebensjahr eine große Variationsbreite transitorischer klinischer Zeichen zeigen, die keinen Krankheitswert besitzen. Auch orthopädische Krankheitsbilder wie z.B eine Skoliose werden behandelt. Da heute andere mit aktuellen entwicklungsneurologischen Erkenntnissen aber auch durch Studien untermauerte Therapieverfahren zur Verfügung stehen, besteht streng genommen keine Berechtigung mehr bestimmte Krankheitsbilder mit der Vojta-Therapie zu behandeln (siehe 2.1)

4.3 Obige Aussage gilt in gleicher Form für die Behandlung von Erwachsenen. Höherwertige Evidenz existiert überhaupt nur für die Behandlung von Betroffenen mit Multipler Sklerose (MS) und Schlaganfall. Die Studien zur MS haben unterschiedliche Resultate erbracht, die teilweise auch einen klinischen Vorteil für die Kontrollgruppe zeigten (s. Review).

Der einzige uns bekannte RCT an Betroffenen nach Schlaganfall zeigt Vorteile für die Vojta-Therapie, allerdings gab es in dieser kleinen Studie erhebliche Unterschiede im Ausgangsniveau der Studienpopulation.

Literatur:

Sánchez-González, J.L., Sanz-Esteban, I., Menéndez-Pardiñas, M., Navarro-López, V., Sanz-Mengíbar, J.M., 2024. Critical review of the evidence for Vojta Therapy: a systematic review and meta-analysis. Front. Neurol. 15, 1391448. https://doi.org/10.3389/fneur.2024.1391448:

Epple, C., Maurer-Burkhard, B., Lichti, M.-C., Steiner, T., 2020. Vojta therapy improves postural control in very early stroke rehabilitation: a randomised controlled pilot trial. Neurol. Res. Pract. 2, 23. https://doi.org/10.1186/s42466-020-00070-4

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)?

5.2 Kontraindikationen bei Säuglingen und Kindern?

5.3 Kontraindikationen bei Erwachsenen?

5.2 Es gelten für die Vojta-Therapie wie für viele andere übende Verfahren klassische Kontraindikationen wie zum Beispiel febrile Zustände oder erhöhte Disposition für Frakturen wie zum Beispiel bei der sogenannten „Glasknochenkrankheit" (Osteogenesis imperfecta).

Durch die Vojta-Therapie sind in der Regel keine schwerwiegenden physischen Schädigungen zu erwarten, wenn die o.a. Kontraindikationen eingehalten werden. Es gibt einen beschriebenen Fall eines 3 Monate alten Säuglings bei dem es bei der ersten Vojta-Anwendung zu einer tödlichen Hirnstammischämie wahrscheinlich durch beidseitige Vertebralisdissektion kam (Jacobi et al 2001). Ähnliche Risiken bestehen auch bei anderen sogenannten „manualtherapeutischen" Anwendungen.

Darüber hinaus ist festzuhalten, dass durch die Vojta-Therapie nicht unerhebliche psychologische Probleme entstehen, wenn Kinder die Therapie ablehnen, sich durch die Therapie zu belastet fühlen oder bei der Therapie schreien. Dadurch können Belastungen auch in der Kind-Eltern Beziehung entstehen und die Eltern in eine Zwickmühle geraten, da sie ihre Kinder im wahrsten Sinne des Wortes in „Zwangslagen" bringen müssen. Dies gilt besonders wenn die Behandlung nicht durch Fachtherapeuten, sondern durch die Eltern selbst erfolgt. In diesem Sinne bestehen mögliche psychologische Kontraindikationen zur Durchführung einer solchen Therapie insbesondere dann, wenn die Akzeptanz der in diesem Fall nicht einwilligungsfähigen Patienten eingeschränkt ist oder die Therapie als unangenehm oder schmerzhaft empfunden

wird. Dieses Vorgehen steht in keiner Weise im Einklang mit den Richtlinien für Kinder mit einer drohenden oder bereits diagnostizierten Zerebralparese (s.u. Morgan et al 2021).

Eine gesundheitsökonomische Nebenwirkung der Vojta Therapie besteht darin, dass die für die Vojta-Therapie eingesetzten zeitlichen, personellen und monetären Ressourcen für evidenzbasierte Therapieinhalte nicht mehr zur Verfügung stehen.

Literatur: Jacobi G, Riepert T, Kieslich M, Bohl J. Uber einen Todesfall während der Physiotherapie nach Vojta bei einem 3 Monate alten Säugling. Fallbeschreibung und Bemerkungen zur Manualtherapie bei Kindern [Fatal outcome during physiotherapy (Vojta's method) in a 3-month old infant. Case report and comments on manual therapy in children]. Klin Padiatr. 2001 Mar-Apr;213(2):76-85. German. doi: 10.1055/s-2001-12881. PMID: 11305197.

5.3 Für Erwachsene gelten die o.g. somatischen Kontraindikationen. Eine Behandlung nicht einwilligungsfähiger Patienten ist hier selten.

Die gesundheitsökonomischen Erwägungen gelten in gleicher Form bzw. sind noch ausgeprägter, da hier eine Vielzahl hochgradig evidenzbasierter Verfahren zur Verfügung stehen.

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?

6.2 Bitte beschreiben Sie diese Bestandteile näher.

6.3 Gibt es einen Unterschied in der Behandlung von Säuglingen und Kindern und Erwachsenen?

6.4 Welcher Anteil der Therapie wird bei der Behandlung von Physiotherapeutinnen und -therapeuten erbracht und welcher Anteil der Therapie ist von den Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige) durchzuführen?

6.4.1 Bei Säuglingen und Kindern?

6.4.2 Bei Erwachsenen?

6.2 Angesichts der oben ausgeführten kritischen Grundhaltung zur Therapie an sich sehen wir keine essentiellen Bestandteile der Therapie,

6.3 Ein Unterschied zum Einsatz zwischen Kindern und Erwachsenen ist uns ebenfalls nicht bekannt.

6.4.1. Bei Säuglingen und Kleinkindern werden Eltern häufig dazu angehalten, die Therapie mehrfach täglich auch zu Hause durchzuführen. Dies geschieht häufig mit der Begründung , dass der Behandlungserfolg sonst nicht gewährleistet wäre (persönliche Mitteilung vieler Eltern). Durch diese häufig dogmatische Instruktion haben Eltern bei Nichterfüllung der geforderten Therapie im häuslichen Umfeld ein schlechtes Gewissen und die Sorge, verantwortlich zu sein für ein schlechteres „Outcome“.

6.4.2 Prinzipiell besteht auch bei Erwachsenen die Möglichkeit des supervidierten Eigen- oder Fremdtrainings für evidenzbasierte Therapieverfahren. Dies ist jedoch nach Ansicht der DGNR für die Vojta-Therapie nicht relevant.

7 Gibt es Ihrer fachlichen Ansicht nach physiotherapeutische Behandlungsalternativen zur Therapie nach Vojta bei Erkrankungen des zentralen Nervensystems?

7.2 Bei Säuglingen und Kindern?

7.3 Bei Erwachsenen?

7.2 Es gibt inzwischen an der Neurobiologie des motorischen Lernens orientierte Übungsverfahren für Säuglinge, Kleinkinder und Kinder mit neurologischen Erkrankungen mit hohen Evidenzgraden, die in der aktuellen wissenschaftlichen Literatur immer wieder angepasst werden (siehe z.B. Morgan et al. 2021; Novak et al. 2020)

Literatur:

State of the evidence traffic lights 2019: systematic review of interventions for preventing and treating children with cerebral palsy
Morgan C, Fetters L, Adde L, et al. Early Intervention for Children Aged 0 to 2 Years With or at High Risk of Cerebral Palsy: International Clinical Practice Guideline Based on Systematic Reviews. *JAMA Pediatr.* 2021;175(8):846–858. doi:10.1001/jamapediatrics.2021.0878

State of the evidence traffic lights 2019: systematic review of interventions for preventing and treating children with cerebral palsy
I Novak, C Morgan, M Fahey, M Finch-Edmondson: State of the Evidence traffic lights 2019 : Sysrematic Review of Intervention for preventing and treating Children with Cerebral Palsy. Current Neurology and Neuroscience reports, 2020 https://doi.org/10.1007/s11910-020-1022-z

Heute steht eine breite Palette evidenzbasierter Therapieverfahren zur Verfügung. Diese können durch technologische Unterstützung effizienter und wirksamer gestaltet werden. Dazu gehören zum Beispiel Therapieroboter aber auch neuromodulatorische Techniken wie nicht invasive periphere und zerebrale Stimulationstechniken und Verfahren

unter Nutzung virtueller oder augmentierter Realität. Viele dieser therapeutischen Techniken sind auch für Angehörige erlern-und umsetzbar - besonders wenn sie simplen Regeln des motorischen Lernens folgen. Dazu gehört z.B. die Notwendigkeit von häufigen Bewegung (Repetition), eine Orientierung an klaren Zielsetzungen (übe gehen, wenn du gehen lernen willst) und die Bedeutung von Rückkopplung (Knowledge of Results und Feedback). Diese wesentlichen Elemente werden bei klassischen an reflexpsychologischen Modellen orientierten Ansätzen wie Vojta und PNF nicht berücksichtigt.

7.3 Auch in der neurorehabilitiativen Therapie von Erwachsenen gelten die unter 7.1. ausgeführten Grundsätze. Hier gibt es mittlerweile eine hohe Anzahl an hochgradig im Rahmen von großen randomisierten klinischen Studien bis hin zu Meta-Analysen auf Cochrane-Niveau evidenzbasierten Therapieverfahren, die z.B. im Rahmen des Leitlinienprogramms der DGNR regelmäßig evaluiert und bewertet werden. Ihr Einsatz richtet sich nach dem individuell zu vereinbarenden Zielsymptom und jeweiligem Pathomechanismus der Erkrankung. Die einzelnen Verfahren lassen sich jedoch keinem der unter „KG-ZNS“ definierten Behandlungskonzepte zuordnen.

Literatur (Auswahl):

Platz, T., Fheodoroff, K., Mehrholz, J., Nyffeler, T., Roschka, S., Schupp, W., Thieme, H., Engel, A., 2020. S3-Leitlinie „Rehabilitative Therapie bei Armparese nach Schlaganfall“ (No. AWMF-Register Nr. 080 003). Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften (AWMF).

ReMoS Arbeitsgruppe, Dohle, C., Tholen, R., Wittenberg, H., Quintern, J., Saal, S., Stephan, K.M., 2015. Rehabilitation der Mobilität nach Schlaganfall (ReMoS). Neurol Rehabil 21, 355–494. (wir derzeit aktualisiert: https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/themos.580)

Nelles, G., Platz, T., Brinkmann, S., Dettmers, C., Dohle, C., Eckhardt, G., Elsner, B., Fheodoroff, K., Guggisberg, A., Jahn, K., Liepert, J., Reichl, S., Renner, C., Steib, S., Engel, A., Allert, N., Pucks-Faes, E., 2023. Rehabilitation sensomotorischer Störungen, S2k-Leitlinie, in: Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie.

8 Welche Rolle/Bedeutung haben Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige) Ihrer fachlichen Ansicht nach im Behandlungskonzept der Vojta-Therapie und nach welchen Entscheidungskriterien/Kontraindikationen werden Bezugspersonen aktiv in die Behandlung einbezogen (z. B. selbstständige Durchführung im häuslichen Umfeld)?

8.2 Bei Säuglingen und Kindern?

8.3 Bei Erwachsenen?

8.2 siehe 6.4.1 Für die selbstständige Durchführung der Übungen durch einen Elternteil im häuslichen Umfeld gibt es ebenfalls keine Rationale. Ein die Entwicklung fördendes Coaching, das die gesamte Familiensituation mit einbezieht, ist in der Vojta-Therapie nicht verankert.

8.2 siehe 6.4.2

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?

9.2 Bei Säuglingen und Kindern?

9.3 Bei Erwachsenen?

9.2 Bei Säuglingen und Kleinkindern wird ein Gutteil der Vojta-Therapie im häuslichen Bereich durch Eltern durchgeführt. In der Regel wird von den Vojta-Therapeuten hierfür eine dezidierte Schulung der betreffenden Bezugspersonen durchgeführt. Die individuelle Überprüfung des Therapieerfoges bzw. der gesamten Therapiesituation (wehrt sich das Kind, häufiges Schreien etc.) sollte in Kooperation mit dem die Verordnung ausstellenden zuständigen Kinderarzt oder Neuropädiater erfolgen.

9.3 siehe 6.4.2

10 Welche Mechanismen oder Protokolle existieren, um mögliche unerwünschte Wirkungen frühzeitig und auch im Langzeitverlauf zu erkennen und zu dokumentieren?

10.2 Bei der Anwendung durch Physiotherapeutinnen und -therapeuten?

10.3 Bei der Anwendung durch Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige)?

10.4 Gibt es hierzu relevante Unterlagen/Dokumente und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

10.2-4 Die Therapie sollte letzlich unter ärztlicher Kontrolle stattfinden. Spezielle Dokumente, um unerwünschte Nebenwirkungen zu dokumentieren sind uns nicht bekannt.

Teil II Besondere Fragen zur Vojta-Therapie bei Säuglingen und Kindern

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich ausschließlich auf die Behandlung von Erkrankungen des zentralen Nervensystems (einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen) bei der Durchführung der Vojta-Therapie bei Säuglingen und Kindern.

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)?

Wie bereits oben ausgeführt ist ein fundamentaler Unterschied der Vojta-Therapie gegenüber anderen auch schulorientierten Therapieformen (insbesondere auch Bobath) der „reflexologische“ Ansatz: Aspekte des Wiederlernens oder neu Erlernens motorischer Abläufe durch wiederholtes Üben spielen keine wesentliche Rolle. Natürlich existieren auch andere reflexologisch orientierte Ansätze wie zum Beispiel die PNF Therapie, für die ähnliches gilt. Im Bereich der Bobath-Therapie hat in den letzten 20 Jahren eine teilweise Adaptation an wachsendes Wissen über motorische Lernprozesse stattgefunden, sodass diese Therapie heute zwar weiter ideologische, unbewiesene Aspekte enthält, aber sich für neues Wissen deutlich offener zeigt. Dennoch ist es so, dass für die Bobath-Therapie vergleichende klinische Studien und Metaanalysen gegenüber neuen Ansätzen eher Unterlegenheit zeigten (Dorsch et al., 2023; Scrivener et al., 2020). Die aktuelle Bevorzugung der Bobath-Therapie (wie auch PNF) gegenüber neueren evidenzbasierten Therapieverfahren in der Regelung zu Heilmitteln im Bereich Physiotherapie für Personen mit ZNS-Schädigungen wird seitens der Fachgesellschaft sehr kritisch gesehen und ist einer Weiterentwicklung im Sinne des Übertrages neuer Forschungsergebnisse in die klinische Praxis abträglich. Die gemachte Klassifikation als „auf neurophysiologischer Grundlage” ist so nicht mehr gemäß dem aktuellen Stand der Wissenschaft zutreffend. Der wesentliche Unterschied der genannten Therapieformen besteht im Fehlen einer dem aktuellen Stand der Wissenschaft zugrundeliegenden Theorie und insbesondere im Fehlen des Nachweises der klinisch relevanten Wirksamkeit, die jedoch für viele andere Ansätze der motorischen Rehabilitation nach ZNS-Schädigung vorliegt (vgl. die vorgenannten Leitlinien). Deren Implementierung in der klinischen Praxis wird jedoch, da keine höher verbundene Zertifikationsposition damit verbunden ist, durch die aktuellen Regelungen massiv behindert. Hier ist grundsätzlich ein Umdenken erforderlich, wie das in anderen europäischen Ländern wie z.B. in den Niederlanden längst umgesetzt ist.

Dorsch S, Carling C, Cao Z, Fanayan E, Graham PL, McCluskey A, Schurr K, Scrivener K, Tyson S. Bobath therapy is inferior to task-specific training and not superior to other interventions in improving arm activity and arm strength outcomes after stroke: a systematic review. J Physiother. 2023 Jan;69(1):15-22. doi: 10.1016/j.jphys.2022.11.008.

Scrivener K, Dorsch S, McCluskey A, Schurr K, Graham PL, Cao Z, Shepherd R, Tyson S. Bobath therapy is inferior to task-specific training and not superior to other interventions in improving lower limb activities after stroke: a systematic review. J Physiother. 2020 Oct;66(4):225-235. doi: 10.1016/j.jphys.2020.09.008.

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?

12.2 Wenn ja, bitte beschreiben Sie diese näher.

12.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

12.2 Aufgrund der o.g. Datenlagen können Vorteile nicht erkannt werden.

12.3 Hierzu ist uns keine Evidenz bekannt

13 Besteht Ihrer fachlichen Ansicht nach bei der unmittelbaren Anwendung der Vojta-Therapie bei Säuglingen und Kindern ein daraus folgendes Schädigungspotenzial?

13.2 Bei der Anwendung durch Physiotherapeutinnen und -therapeuten?

13.3 Bei der Anwendung durch Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige)?

13.4 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

13.2 - 13.4

Wie bereits oben gesagt ergeben sich bei adäquater Beachtung von Kontraindikationen keine Risiken einer unmittelbaren physischen Schädigung insbesondere bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern. Auf der anderen Seite kann die Therapie für vor allem für Säuglinge und Kleinkinder belastend sein, da die Stimulation der „Druckpunkte" häufig Abwehr in Form von Schreien und Wehren auslöst. Eine Konditionierung führt dann häufig dazu, dass gerade kleine Kinder noch vor irgendeiner Intervention Abwehrreaktionen (z.B. Schreien) zeigen, auch in vermeintlich neutralen Situationen wie z.B. Wickeln. Dies führt zu einer Störung im Eltern-Kind-Verhältnis. Zusätzlich kommt es dann zu Schuldgefühlen bei den Eltern, weil diese sich durch die „Anleitung" der Vojta-Therapeuten genötigt sehen, gegen das offensichtliche Unwohlsein des Kindes (Schreien) diese Therapien mehrfach täglich durchzuführen .

13.4 Solide Studien zu diesem Thema sind uns nicht bekannt. Es existieren aber viele derartige Erfahrungsberichte.

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)?

14.2 Bei der Anwendung durch Physiotherapeutinnen und -therapeuten?

14.3 Bei der Anwendung durch Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige)?

14.4 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

Aus dem vorher gesagten ist bereits ersichtlich, dass bei nicht mit dem Patienten (nicht möglich aufgrund der Altersstruktur!) abgestimmtem Therapieeinsatz Widerstände entstehen können, von denen nicht ausgeschlossen werden kann, dass sie auch zu längerfristigen Traumatisierungen Anlass geben. Dazu ist in der Literatur sehr wenig systematisch geschrieben worden. Es gibt aber vielfältige episodische Beobachtungen.

15 Welche psychischen Belastungen oder direkten Stressreaktionen können Ihrer fachlichen Ansicht nach bei der Durchführung der Vojta-Therapie entstehen?

15.2 Bei Säuglingen und Kindern?

15.3 Bei Bezugspersonen (z. B. Eltern, weiteren Angehörigen)?

15.4 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

Siehe 14. Es kann unmittelbar zu psychischen Belastungen und Schuldgefühlen der Eltern kommen, da sie einerseits keine Behandlungsoption verpassen möchten, aber auf der anderen Seite ihr Kind in eine ihm nicht nachvollziehbare unangenehme Therapiesituation bringen müssen, gegen die es sich wehrt.

16 Hat sich die fachliche Einschätzung hinsichtlich der psychischen Belastbarkeit von Säuglingen und Kindern sowie 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?

Insgesamt ist die therapeutische Einstellung bzgl. der Behandlung von Kindern weniger mechanistisch-restriktiv-paternalistisch und versucht in höherem Ausmaß, offensichtliche Präferenzen zu berücksichtigen, gerade auch um die Eltern-Kind-Beziehung nicht zu gefährden. Es ist uns aber nicht bekannt, dass dies grundlegenden Eingang in die Therapie gefunden hätte.

NEUROPÄDIATRIE

GESELLSCHAFT FÜR NEUROPÄDIATRIE e.V.

GESELLSCHAFT FÜR NEUROPÄDIATRIE e.V.
Geschäftsstelle München, Lindwurmstr. 4, 80337 München

Gemeinsamer Bundesausschuss
Berlin

Präsident:
Univ. Prof. Dr. med. Prof. h.c.
Florian Heinen

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Facharzt für Neurologie
Schwerpunkt Neuropädiatrie

LMU Klinikum München | Campus Innenstadt | Kinderklinik und Kinderpoliklinik im Dr. von Haunerschen Kinderspital

Leiter der Abteilung Pädiatrische Neurologie | Entwicklungsneurologie | Sozialpädiatrie

Ärztlicher Direktor | MUC Munich Center for Children with Developmental and Medical Complexity | iSPZ Hauner

Lindwurmstr. 4, 80337 München

Tel +49 89 4400 57851
Fax +49 89 4400 57745

florian.heinen@med.lmu.de
www.gesellschaft-fuer-neuropaediatrie.org

München, den 16.6.2025 fh

Überprüfung der Heilmittelrichtlinie hinsichtlich der Regelungen zur Krankengymnastik zur Behandlung von ZNS-Erkrankungen

Stellungnahme der Gesellschaft Neuropädiatrie – GNP

Die **GNP als die wissenschaftliche Fachgesellschaft** für die gesamte Neurologie des Säuglings-, Kindes- und Jugendalters unterstützt mit Nachdruck den hier erkennbaren Reformprozess; sie ist mit der ‚Vojta-Therapie' täglich (Klinik, SPZ, Praxis) konfrontiert und summiert in der Beantwortung der konkret gestellten Fragen den Wissensstand klinischer Neurowissenschaften.

Im vorliegenden Beratungsverfahrens wird nach dem spezifische Schädigungspotenzial und den möglichen Spätfolgen der Vojta-Therapie gefragt.

Gleichwohl legt die GNP Wert darauf, dass bei der Bewertung durch den GBA der **Gesamthintergrund** der **Physiotherapie für Kinder** mit ZNS-Erkrankungen einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen (KG-ZNS-Kinder) hinsichtlich

(1) Berücksichtigung in bestehenden Ausbildungscurricula zum Beruf der Physiotherapeutin/des Physiotherapeuten,
(2) berufsbegleitenden neuropädiatrischen Ausbildungsmöglichkeiten,
(3) praktischem und theoretischen berufsbegleitenden Kompetenzerwerb und
(4) der erforderliche Zeitbedarf

berücksichtigt wird, um die erforderliche Behandlungsqualität für Kinder und Jugendliche in diesem Indikationsspektrum sicher zu stellen.

Präambel:

Grenzen der physiotherapeutischen Grundausbildung und Forderungen an eine Therapie KG-ZNS-Kinder:

Die physiotherapeutische Erstausbildung – ob in berufsschulischer oder akademischer Form – stellt eine generalistische Qualifikation dar. Sie vermittelt Grundlagen in Anatomie, Physiologie und allgemeinen Therapieprinzipien. Sie enthält keine systematische Vertiefung in der Behandlung von Kindern mit Entwicklungsverzögerungen, Entwicklungsstörungen und/oder neurologischen Erkrankungen. Die Auseinandersetzung mit frühkindlicher Hirnreifung, frühkindlicher Bewegungsentwicklung, neuropädiatrie-spezifischen Diagnostik- und Befundinstrumenten (z.B. Gross Motor Function Measure, GMFM),

GNP – Gesellschaft für Neuropädiatrie e.V.

Präsident:
Univ. Prof. Dr. med. Prof. h.c.
Florian Heinen

Vizepräsidentin:
Prof. Dr. med. Ulrike Schara-Schmidt

Schatzmeister:
Prof. Dr. med. Thomas Lücke

Schriftführerin:
Prof. Dr. med. Maja von der Hagen

Beisitzerinnen:
Prof. Dr. med. Andrea Klein (Schweiz)
PD Dr. med. Matthias Baumann (Österreich)

Generalsekretärin:
PD Dr. med. Lucia Gerstl

Amtsgericht Mannheim VR 330889

neuropädiatrie-spezifischen Behandlungskonzepten (z.B. bimanueller Intensivtherapie in verschiedenem Lebensalter (baby-BIMT, BIMT) findet nicht statt. Fundierte und spezifische Kompetenzen im Umgang mit Eltern und Bezugspersonen werden nicht spezifisch vermittelt.

Das neurologische Falltraining in der Grundausbildung ist ganz vorwiegend erwachsenenorientiert (z. B. Schlaganfall, MS, Parkinson). Kinder mit Entwicklungsstörungen, genetischen Syndromen oder zerebral bedingten Bewegungsstörungen, um nur wenige und häufige Krankheitsbilder zu benennen werden kaum berücksichtigt. Sie benötigen jedoch spezifische, komplexe, entwicklungsorientierte und familienzentrierte Therapieansätze.

Somit lässt sich als Ist-Situation zusammenfassen:

Die für eine bedarfsgerechte physiotherapeutische Versorgung von Kindern mit ZNS-Erkrankungen notwendigen, spezifischen Anforderungen an den Kompetenzerwerb werden in der Grundqualifikation nicht abgebildet. Physiotherapie für Kinder muss evidenzbasiert, methodisch überprüfbar, entwicklungsfördernd, familienzentriert, individuell ausgerichtet und situativ angepasst erfolgen. Sie weist in dieser Kombination von kind- und entwicklungszentrierter Komplexität, Kommunikations-Qualifikation, neurophysiologischer Aktualität und emotionalen Aspekten grundlegende Besonderheiten auf, die sie von einer Therapie von erwachsenen Patienten mit neurologischen Erkrankungen unterscheidet.

Die einzigen in Deutschland für Physiotherapeuten zugänglichen Ausbildungswege zum Erwerb von Entwicklungskompetenz zu Kindern (mit je ca. 300 Stunden Ausbildungsinhalt *und* Praxis sind die (historischen) physiotherapeutischen Methoden, die mit den Namen Vojta und Bobath verknüpft sind. Nur diese beiden Ausbildungen sind in Deutschland dahingehend praxisrelevant, als sie eine „Physiotherapie auf neurophysiologischer Grundlage" (so der hinterlegte Terminus) und damit eine zusätzliche Zeit in der konkreten Behandlung abbilden lassen. Historisch ist dabei zu berücksichtigen, dass sich sowohl Vaclav Vojta als auch (das Ehepaar) Karel und Berta Bobath zu einer Zeit (60er und 70er Jahre) um die Versorgung von Kindern mit Behinderung gekümmert haben, als diese von der ‚klassischen Medizin' weitestgehend ignoriert wurden.

In einer holzschnittartigen Charakterisierung hat dabei die Bobath-Therapie dynamisch versucht, eine ganze Reihe von modernen Entwicklungen zur Physiotherapie von Kindern und Jugendlichen aufzunehmen, während in der Vojta-Therapie statisch das Beharren auf einer schematischen "Reflexologie" die Regel ist. Hierbei neigen mitunter in Deutschland die Beteiligten zu einer "Ideologisierung" bei der eher auf einem schematischen, unwissenschaftlichen „richtig" bei neurowissenschaftlich veralteten, unzutreffenden, überholten und nicht mit Evidenz hinterlegten Aussagen verharrt wird.

Die Kritikpunkte an den „Eigennamen-Konzepten" werden in der Neuropädiatrie in Deutschland seit mehr als 40 Jahren formuliert, so beispielsweise auch aktuell in ‚Pädiatrische Neurologie/Neuropädiatrie (2025), Hrsg.: Gerstl, Borggräfe, Hufschmidt, Heinen, Kohlhammer, Stuttgart:

Neuropädiatrische Untersuchung – Kindliche Entwicklung – 50 Punkte zur Einführung:

Seite 1167:

„10. Entwicklungsbeurteilung durch Beobachtung
Das klassische pädiatrische Instrument der Entwicklungsbeobachtung – mit der dafür ausreichenden Zeit und Wiederholung im klinischen Verlauf – ist sensitiv, informativ und valide; vorausgesetzt „man sieht, weil man weiß, was man sieht", vorausgesetzt, es wird als ärztliche Aufgabe verstanden und durchgeführt.
Die Beobachtung ist Bestandteil jeder entwicklungsneurologischen Untersuchung und liefert Informationen, die besonders bei jungen Kindern anders oft nicht zu bekommen sind.
Genaue, geschulte Beobachtung mit ihrer ‚Feinheit' kann oft viele Elemente einer formalen Untersuchung ersetzen.
Unangenehme, wenn nicht gar schmerzhafte Manöver in der körperlichen Untersuchung – z.B. des

jungen Säuglings – sind *grundsätzlich unangebracht* und *grundsätzlich* einem Kind *unangemessen*; eine fachliche Begründung für ihre Durchführung gibt es nicht"

Seite 1173:

„45. **Keine Eigennamen, keine Ideologien**
Als „Daumenregel" kann gelten, dass immer dann, wenn die Medizin auf bestimmte Methoden (z B. der Physiotherapie) mit Eigennamen setzt, diese zwar eine historische Basis, nicht aber die eigentlich neurologische Fundierung darstellt.
So sehr Eigennamen und ihre Schulen das Engagement einzelner Therapeuten abbilden, so wenig sind diese Eigennamen und ihre dahinterstehenden Vorstellungen zeitgemäß.
Hier ist es die Aufgabe der Neuropädiatrie, die „Spreu von Weizen" zu trennen und evidenzbasierte, der modernen Neuropädiatrie wissenschaftlich entsprechende Konzepte zu unterstützen."

Eigennamen-Konzepte bilden auch nicht die beachtlichen Fortschritte in Forschung und Klinik wieder, die in den letzten Jahrzehnten erzielt wurden.
Die internationale, an Wirkprinzipien und Inhalten orientierte Terminologie spiegelt sich in der heute gültigen Heilmittelrichtlinie nicht wider. Unter diesen Bedingungen behielten die traditionellen Eigennamen-Konzepte ein hohes, heute fragwürdiges Gewicht.

Gleichzeitig werden seitens der Neuropädiatrie die Grundkonzepte der Physiotherapie für Kinder mit ZNS-Erkrankungen betont: „Aktivität, Authentizität, Alltagsrelevanz, (realistische) Alltagsziele und Individualität", dies angepasst an den jeweiligen Krankheitskontext, psychologischen Kontext und sozialen (familiären) Kontext. Konkret bedeutet dies:

- eine evidenzbasierte Befundung und Behandlung kindlicher ZNS-Erkrankungen,
- Ressourcen für eine individualisierte Therapieplanung mit Kind und Familie/Bezugspersonen und ggf. Mitbehandlern,
- ein durch Methodenkompetenz untermauerter Einbezug der Eltern und der Familie in den Therapieprozess, sowie
- eine (selbst-)reflektierte interdisziplinäre Zusammenarbeit mit *allen* an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen.

Für die Physiotherapie von Kindern mit ZNS-Erkrankungen muss der in anderen gesellschaftlichen Kontexten wie Pädagogik und Bildungssystemen selbstverständliche und altersspezifisch akzeptierte zusätzliche Zeitbedarf und die zusätzliche Kompetenz, um Kinder behandeln zu können, gegeben sein.

Dieses Problem der "in der Medizin *für Kinder* nicht hinterlegten, aber zusätzlich notwendigen Zeit und Kompetenz" ist ein – nach wie vor ungelöstes, d.h. das Recht des betroffenen Kindes nicht einlösendes – Problem der gesamten Pädiatrie im deutschen Gesundheitssystem.

Der GNP ist es an dieser Stelle deshalb wichtig, dass nicht "das Kind mit dem Bade ausgeschüttet wird" d.h. dass nicht aus der Kritik an einzelnen Verfahren die zusätzliche Zeit und Kompetenz für Kinder in der Physiotherapie gleich mit in Frage gestellt oder „abgeschafft" wird.

Die bisherigen Reform-Bemühungen aus der Entwicklungsneurologie oder aus der pädiatrischen Rehabilitationsmedizin waren bislang nicht erfolgreich: Weder die Formulierung für die Etablierung von Kinder-Neuro-Therapeuten (Vorschlag der Rehabilitationsmedizin) noch der Vorschlag einer Etablierung von ausgebildeten (übergeordneten) Kindertherapeuten, die dann spezifisch zwischen Physiotherapie, Ergotherapie und Sprach- und Logopädie differenziert arbeiten, hat je politisches Gehör gefunden.

Wir – die GNP – dürfen also ausdrücklich darum bitten, dass die Grundrichtung, die da heißt, die **„Zeit und Kompetenz"** für die Versorgung von Kindern als übergeordnetes Ziel im Auge behalten wird, d.h. als begründeter medizinischer (und dann auch politischer) Auftrag verstanden, ernstgenommen und umgesetzt wird.

Nur unter Berücksichtigung dieser übergeordneten Aufgabe möchte die GNP ihre konkreten Antworten auf die Fragen verstanden wissen.

NEUROPÄDIATRIE

GESELLSCHAFT FÜR NEUROPÄDIATRIE e.V.

Die GNP begrüßt grundsätzlich einen Reformprozess und ist zur fachlichen Unterstützung desselben bereit.

Mit freundlichen Grüßen

Univ. Prof. Dr. med. Prof. h.c. Florian Heinen

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin | Facharzt für Neurologie | Schwerpunkt Neuropädiatrie
Leiter der Abteilung Pädiatrische Neurologie, Entwicklungsneurologie und Sozialpädiatrie

LMU Klinikum München | Campus Innenstadt | Kinderklinik und Kinderpoliklinik | Dr. von Haunersches Kinderspital
MUC Hauner | Munich University Center for Children with Developmental and Medical Complexity | iSPZ Hauner

Gesellschaft für Neuropädiatrie | GNP | Präsident

FRAGEBOGEN
Überprüfung der Heilmittel-Richtlinie hinsichtlich der Regelungen zur Krankengymnastik zur Behandlung von ZNS-Erkrankungen

Gemeinsamer Bundesausschuss

Gesellschaft Neuropädiatrie e.V. 14.06.2025

Teil I Allgemeine Fragen zur Vojta-Therapie

1. Welche wesentlichen Wirkprinzipien liegen Ihrer fachlichen Ansicht nach der Vojta-Therapie zugrunde?

1.1 Welche der genannten Wirkprinzipien sind für die Behandlung von Erkrankungen des zentralen Nervensystems (einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen) relevant?

1.2 Gibt es hinsichtlich der Wirkprinzipien Unterschiede in der Behandlung von Säuglingen und Kindern und Erwachsenen?

1.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

Nach eigener Darstellung durch die internationale Vojta Gesellschaft (IVG) basiert die Volta Therapie auf der gezielten Aktivierung von „Reflex"-Bewegungsmustern durch Reizsetzung an definierten Zonen. Zeit ist die „Aktivierung zentral koordinierter Bewegungsmuster" zur Förderung motorischer Kontrolle. Dies wird als Reflex-Lokomotion bezeichnet. Reflex bezeichnet dabei nicht den klassischen Muskel-Eigenreflex oder die aus der neurologischen Untersuchung gemeinhin bekannten Fremdreflexe sondern „das immer gleiche, automatische Bewegungsmuster auf einen therapeutisch gesetzten Reiz hin". Vojta nutzte dabei Forschungsergebnisse vieler Wissenschaftler und entwickelte daraus seine eigene Behandlungsmethode.

Folgende Prinzipien (zu verstehen zunächst nur als neurophysiologische Vorgänge, die bei einer Vojtatherapie zum Tragen kommen. Ob es sich dann auch um eine Wirkprinzip handelt hängt vom Ergebnis klinischer Studien ab, s. Punkt 1.3) liegen unserer fachlichen Ansicht nach zu Grunde:

- Grundlegende Prinzipien spinaler Reflexe und der segmentalen Organisation des Rückenmarks.
- Sog. Central Pattern Generators (CPGs). Diese wurden im Tierversuch bereits Anfang des 20. Jahrhunderts beschrieben (z.B. Brown 1911). Minassian (2017) beschreibt CPGs wie folgt: rhythmic motor output recorded from ventral roots or peripheral nerves with flexor-extensor and left-right alternations in the absence of descending neural inputs or peripheral feedback cues. Klinisch sieht man an Schreitbewegungen erinnernde Bewegungen (fiktive Lokomotion). Ihre Existenz und Funktion im Menschen ist bis heute Gegenstand der Forschung und beruht vor allem auf Ergebnissen durch epidurale elektrische Stimulation (Minassian 2023)
- Posturale Reflexe, wie sie bei Neugeborenen auftreten.

Welche dieser – und möglicherweise anderer, hier nicht beschriebener Prinzipien - in der Anwendung der Vojta-Methode eine Rolle spielen, und falls therapeutische Effekte zu beobachten sind (s. 1.3) auf welchem exakten Wirkprinzip diese beruhen ist nach unserer Meinung auf dem Boden der derzeit vorliegenden Studien nicht schlüssig zu beantworten und über das Stadium von Hypothesen kaum herausgekommen. Eine Übersicht ist in einer kürzlich veröffentlichten Meta-Analyse erstellt worden (Sánchez-González 2024)

1.1 Es ist eher fraglich und unbewiesen, dass die genannten Prinzipien für die Behandlung von Erkrankungen des ZNS von Relevanz sind. Am ehesten scheinen nach derzeitigem Stand der Wissenschaft Stimulationsprotokolle zur elektrischen Stimulation nach Verletzungen des Rückenmarks einen möglichen Behandlungsansatz zur funktionellen Nutzung der CPGs zu versprechen. Speziell und auch mit der Kenntnis der CPG wurden Gangroboter wie der Lokomat® entwickelt mit dem Ziel, das eigenständige Gehen des Patienten gezielt darüber stimulieren und fördern zu können. Stand heute ist dieser Ansatz bei vollständiger Querschnittslähmung beim Menschen nicht erfogreich und auch nicht mehr indiziert. Beim Schlaganfall und bei Kindern mit Cerebralparese (CP) liegen klinische Ergebnisse vor, die eine Wirksamkeit untermauern. Die Ergebnisse unterscheiden sich jedoch nicht sehr wesentlich von den Ergebnissen der konventionellen Gangtherapie und haben wahrscheinlich weniger mit spezifischen CPG-Effekten zu tun als vielmehr mit der allgemeinen Therapieintensität, die sich nachweislich auf das Behandlungsergebnis auswirkt. In der Vojta-Therapie ist weder eine epidurale Stimulation noch ein robotergestütztes Laufbandtrainiung Inhalt des Therapiemodells. Der Vojta-Ansatz arbeitet nach Darstellung der IVG ausschliesslich mit den Eingangs genannten Prinzipien und Methoden und lehrt in seinen Kursen auch nur diese.

1.2 Es bestehen keine Unterschiede soweit uns das aus der Literatur bekannt ist. Nichts desto trotz werden Erwachsenen-Kurse und Kinder-Kurse getrennt angeboten. Wo genau die Unterschiede liegen, können wir mit unserer Expertise „nur" in der Kinderneurologie nicht abschließend be-

antworten.

1.3 Evidenz für die Wirksamkeit bei Kindern zur Verbesserung ihrer Mobilität liegt nach der Meta-Analyse von Sánchez-González (2024) nicht vor. Die Therapie ist nach aktuellem Forschungsstand im Abbild der wenigen kontrollierten Studien die vorliegen als ineffizient zu beurteilen. Das von der IVG postulierte Ziele der Behandlung:

- Aktivierung und Erhaltung physiologischer Bewegungsmuster
- Rückführung und Integration nicht fixierter abnormer Bewegungsmuster in normalmotorische Abläufe

kann im Abbild der Studienergebnisse im Abbild der RCT nicht erreicht werden, was einen Therapieerfolg im Einzelfall nicht ausschließt. Eine „vollkommene Beherrschung der willkürlichen Bewegung" als Ziel anzugeben unter Nicht-Beachtung der biologischen Grundlagen wie Lokalisation und Ausmass einer Schädigung widerspricht dem Stand der Wissenschaft und dem Verständnis heute erreichbarer plastischer, durch Therapie induzierbarer Veränderungen.

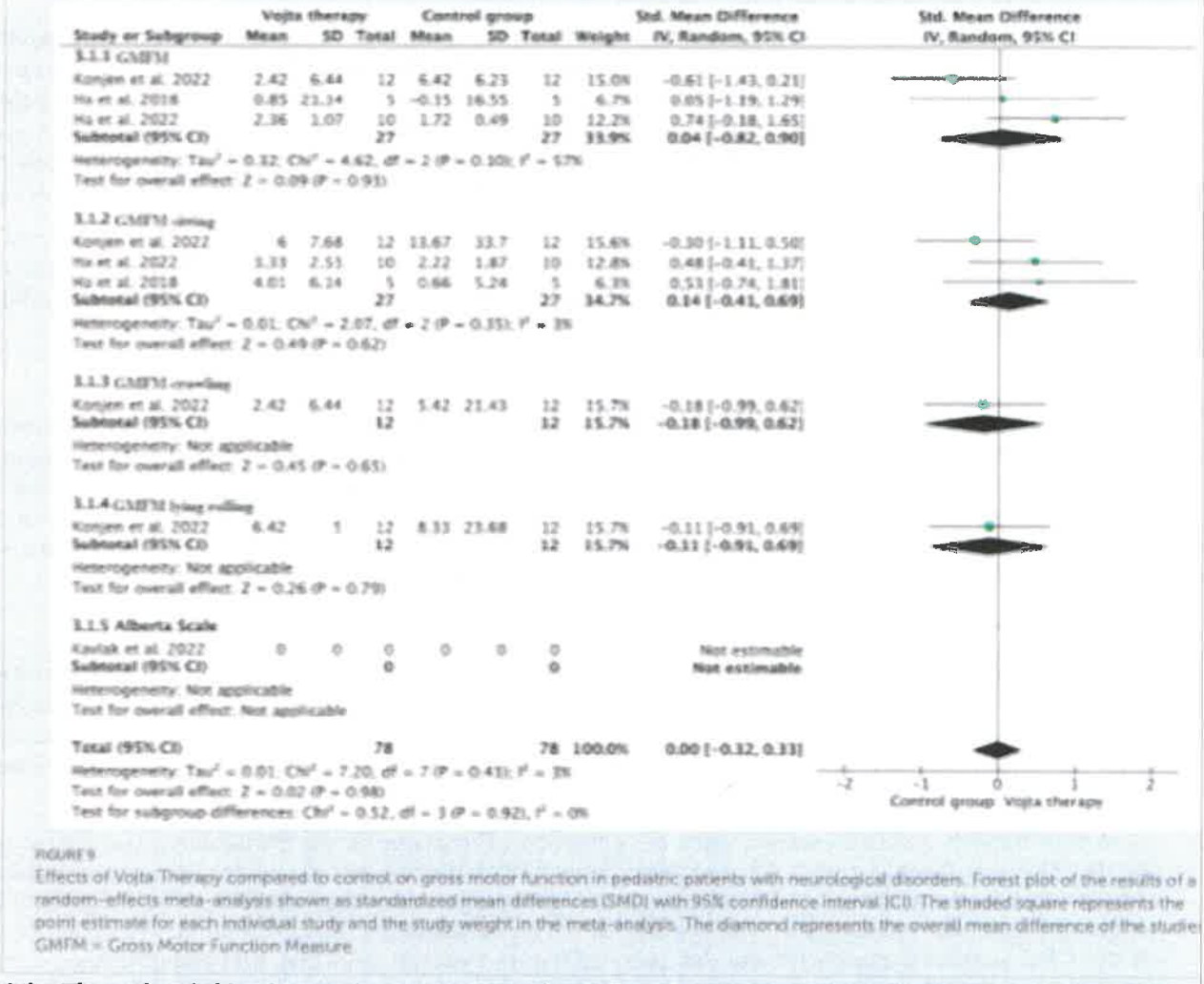
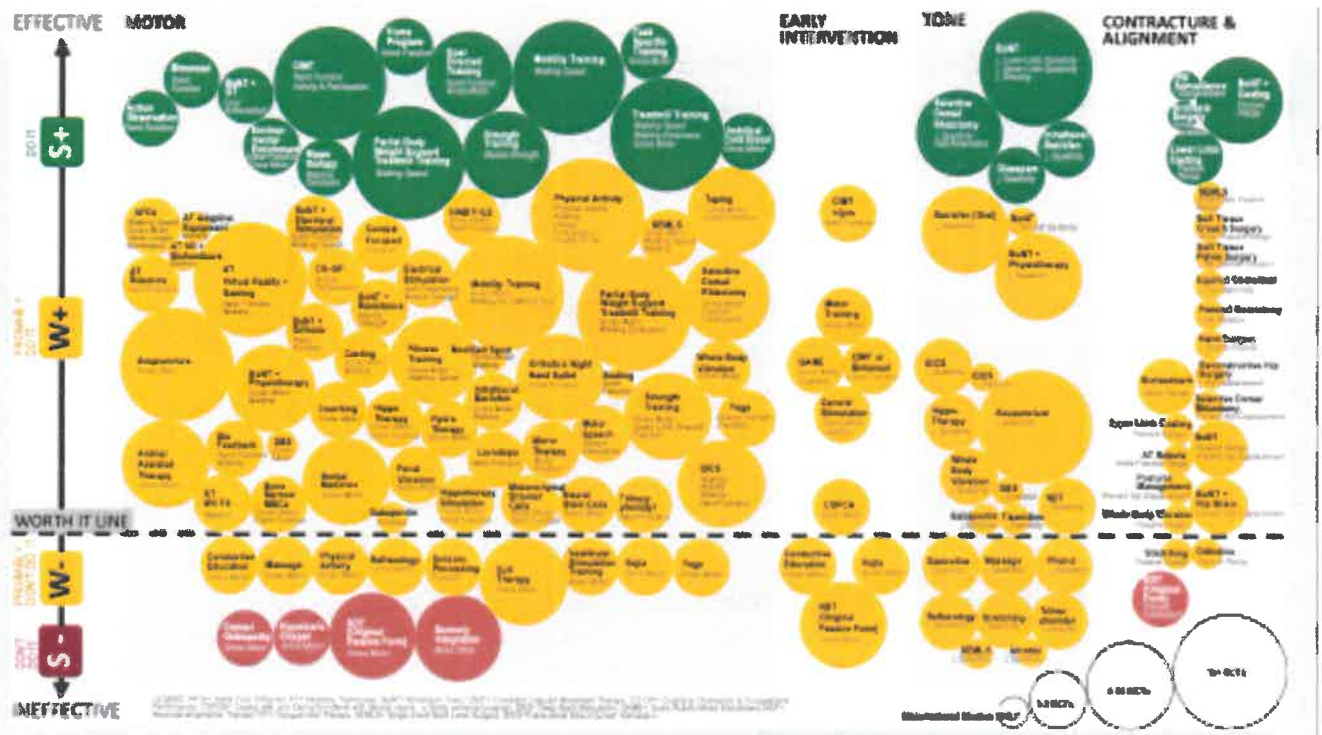


FIGURE 9
Effects of Vojta Therapy compared to control on gross motor function in pediatric patients with neurological disorders. Forest plot of the results of a random-effects meta-analysis shown as standardized mean differences (SMD) with 95% confidence interval (CI). The shaded square represents the point estimate for each individual study and the study weight in the meta-analysis. The diamond represents the overall mean difference of the studies. GMFM = Gross Motor Function Measure.

Die Vojta Therapie wird in einer weiteren Meta-Analyse, die sich mit der Evidenz von Therapie zur Behandlung von Kindern mit Cerebralparesen beschäftigt, in die Gruppe der Therapien klassifiziert, die "wahrscheinlich nicht gemacht" werden sollten, sowohl wenn es unter dem Blickwinkel der frühen Intervention als auch unter dem Blickwinkel zur Verbesserung der Motorik betrachtet wird (Novak 2020).



Es gibt berechtigte Kritik und methodische Einwände, dass RCTs möglicherweise nicht immer der Gold-Standard bei komplexen neurologischen Erkrankungen von Kindern sind, die ja eigentlich immer einen kombinierten methodischen Ansatz und eine individuelle Therapieanpassung benötigen, was in gewissem Widerspruch zu starren und standardisierten Studienvorgaben steht. Gerade bei der Vojta-Therapie kann man aber vorbringen, dass es sich – was durchaus als Vorteil angesehen werden kann – um eine hochstandardisierte und hochfrequente Therapie handelt, die für sich in Anspruch nimmt, alle anderen physiotherapeutischen Methoden nicht einsetzen zu müssen und gerade, wenn sie früh zum Einsatz kommt, besonders gute Ergebnisse erzielt. Insofern könnte gerade diese Methode eher geeignet sein, dass in RCT auch Unterschiede gefunden werden können, da die therapeutisch Freiheit durch die Aufnahme in eine Studien praktisch nicht eingeschränkt und beschnitten wird.
Abschließend möchten wir einen Abgleich vornehmen, in welchen Bereichen die Vojta-Therapie allgemein anerkannten Wirkprinzipien von (Physio)therapie bei Kindern mit Cerebralparese und Empfehlungen zur Nachsorge von Früh- und Risikokindern entspricht (Jackman 2021, Kümin 2023, Morgan 2021, Orton 2024). Wie erwähnt, ist der frühe Beginn und die hohe Therapiefrequenz etwas, wofür es Evidenz gibt und was stark gefordert wird. Auch die hohe Standardisierung entspricht den Anforderungen, die an eine wirksame Therapie gestellt werden. Divergent ist, dass im Vojta-Prinzip der Patient passiv-reflexiv teilnimmt und nicht aktiv engagiert miteinbezogen ist. Auch in Bezug auf die emotionale Sicherheit von Kind und Eltern, in Bezug auf Nicht-Einbezug der Umfeldgestaltung und der nicht kindgerechten Ansprache ist die Vojta-Therapie aus dem Blickwinkel der aktuellen Empfehlungen kritisch zu betrachten.

1 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?

1.1 Entspricht die Behandlung nach dem Vojta-Konzept dem heutigen allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse?

1.2 Gibt es zu dem derzeit praktizierten Vojta-Konzept aktuelle relevante Unterlagen und Dokumente (z. B. Curricula, Anleitungen für Bezugspersonen, Aufklärungen etc.) und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

Die Therapie beziehungsweise das Konzept der Vojta-Therapie hat sich unserer fachlichen Ansicht nach seit der Entwicklung in den 1950er bis 1970er Jahren in wesentlichen therapeutischen Aspekten nicht verändert. Damit werden neue wissenschaftliche Erkenntnisse und evidenzbasierte Therapieansätze im Vojta-Konzept weitgehend ignoriert.

2.1 siehe Ausführungen zu Punkt eins.

2.2 die IVG unterhält eine Internetseite mit ausführlichen Informationsmaterial. Sie enthält auch eine frei zugängliche Literatur Datenbank zur Vojta Therapie.

Das Kursziel einer Vojta Ausbildung ist erreicht, wenn folgende Punkte erreicht werden:

Das Kursziel ist erreicht, wenn der Teilnehmer am Ende des C-Kurses folgende Kriterien erfüllt:

die Inhalte der Lokomotionsprinzipien nach Vojta erklären kann,

die Muster der idealen motorischen Entwicklung des Menschen kennt und definieren kann, diese Muster und ihre Abweichungen (Ersatzmuster) beim Patienten erkennt und beschreiben kann

anhand des kinesiologischen Befundes den therapeutischen Fokus festlegen und entsprechend dazu sein Behandlungsprogramm definieren und begründen kann,

Ausweichbewegungen im Rahmen der Aktivierung der Reflexlokomotionen beim Patienten erkennen und beschreiben kann,

die Technik der Aktivierung der Reflexlokomotionen ausreichend beherrscht, benennen und adäquat therapeutisch einsetzen kann,

Eltern oder Bezugspersonen der Patienten entsprechend therapeutisch anleiten kann.

2 Wird die Vojta-Therapie heute noch als eigenständige Therapieform angewandt, oder wird sie in der Praxis zunehmend mit anderen Konzepten kombiniert?

2.1 Falls sie kombiniert wird: Mit welchen anderen Therapieansätzen wird sie häufig verknüpft?

2.2 Gibt es Evidenz zur Wirksamkeit dieser kombinierten Ansätze?

3.1 Verlässliche Daten liegen hierzu nicht vor. Im gelebten Alltag ist es jedoch so, dass nur noch ausnahmsweise eine „reine", d.h. „nur" den Methoden und Konzepten von Vojta oder Bobath folgende Physiotherapie angewendet wird, Mögliche Kombinationen beschreibt z.B. diese Studie aus Spanien, die jedoch nicht so sehr von der Praxis in Deutschland abweichen sollte (Sanchez 2022).

3.2 Nach unserem Wissensstand sind die kombinierten Ansätze von Vojta und anderen Therapien nie untersucht worden. Nach dem allgemeinen Verständnis im Vojta-Konzept wäre eine solche Studie auch eher nicht sinnvoll, da die Vojta-Therapie den Anspruch erhebt, als exklusive physiotherapeutische Methode ausreichend (und überlegen) zu sein. Auch dies bedeutet nicht, dass sich sicherlich auch breit ausgebildete Therapeuten finden, die das Vojta Prinzip beherrschen und darin ausgebildet sind und interessiert wären, kombinierte Behandlungen zu untersuchen. Nach unserer Beurteilung existiert hier eine Differenz zwischen dem noch immer von der IVG postulierten Absolutheitsanspruch im Bereich der Physiotherapie und der gelebten Praxis.

3 Bei welchen Erkrankungen des zentralen Nervensystems (einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen) sollte Ihrer fachlichen Ansicht nach die Vojta-Therapie angewendet werden?

3.1 Indikationen bei Säuglingen und Kindern?

3.2 Indikationen bei Erwachsenen?

4.1 Da keine ausreichende Evidenz für die Therapie vorliegt, sollte unserer fachlichen Ansicht nach die Vojta-Therapie grundsätzlich nicht zum Einsatz kommen. Aus der klinischen Praxis ergibt kann eine Behandlungsindikation für Patienten nachvollzogen werden, bei denen vor allem eine ausgesprochene Lähmung oder Hypotonie vorliegt und die aktiv nicht in der Lage sind, Bewegungen auszuführen.

4.2 hierzu kann von Seiten der Gesellschaft Neuropädiatrie keine Aussage getroffen werden.

4 Gibt es Ihrer fachlichen Ansicht nach Kontraindikationen bei der Anwendung der Vojta-Therapie bei Erkrankungen des zentralen Nervensystems (einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen)?

4.1 Kontraindikationen bei Säuglingen und Kindern?

4.2 Kontraindikationen bei Erwachsenen?

4.1 Kontraindikation ist die Gewichtung der Belastungssituation (Abwehr gegenüber unangenehmenen-schmerzhaften Maneuvern), die gegenüber Eltern mit dem (nicht-belegten) Exklusivitäts- und Wirksamkeitsbehauptung der Vojta-Therapie durchgesetzt wird

4.2 als GNP nicht zu beantworten

5 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?

5.1 Bitte beschreiben Sie diese Bestandteile näher.

5.2 Gibt es einen Unterschied in der Behandlung von Säuglingen und Kindern und Erwachsenen?

5.3 Welcher Anteil der Therapie wird bei der Behandlung von Physiotherapeutinnen und -therapeuten erbracht und welcher Anteil der Therapie ist von den Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige) durchzuführen?

5.3.1 Bei Säuglingen und Kindern?

5.3.2 Bei Erwachsenen?

5.1. Da die GNP die Vojta-Therapie für weder theoretisch, noch praktisch belegt oder indiziert ansieht, können die Fragen 5.1 und 5.2 nicht beantwortet werden. Unter 5.3 sehen wir die „Belastung" durch Reflex-Maneuver nicht indiziert und kritisch. Die Forderung an „Eltern", als „Ko-Therapeut" das eigene Kind unangenehmen Situationen auszusetzen, halten wir für nicht indiziert und sehen dies besonders kritisch.

6 Gibt es Ihrer fachlichen Ansicht nach physiotherapeutische Behandlungsalternativen zur Therapie nach Vojta bei Erkrankungen des zentralen Nervensystems?

6.1 Bei Säuglingen und Kindern?

6.2 Bei Erwachsenen?

6.1 Ja, die modernen Wirkprinzipien (s.o., Einleitung) verpflichtete Physiotherapie

6.2 als GNP keine Aussage

7 Welche Rolle/Bedeutung haben Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige) Ihrer fachlichen Ansicht nach im Behandlungskonzept der Vojta-Therapie und nach welchen Entscheidungskriterien/Kontraindikationen werden Bezugspersonen aktiv in die Behandlung einbezogen (z. B. selbstständige Durchführung im häuslichen Umfeld)?

7.1 Bei Säuglingen und Kindern?

7.2 Bei Erwachsenen?

7.1 Die grundsäzliche Kontraindikation ist unter 5.1 genannt

7.2 als GNP keine Aussage

8 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?

8.1 Bei Säuglingen und Kindern?

8.2 Bei Erwachsenen?

8.1 Siehe Einleitung und Antworten 5 und 7

8.2. als GNP keine Aussage

9 Welche Mechanismen oder Protokolle existieren, um mögliche unerwünschte Wirkungen frühzeitig und auch im Langzeitverlauf zu erkennen und zu dokumentieren?

9.1 Bei der Anwendung durch Physiotherapeutinnen und -therapeuten?

9.2 Bei der Anwendung durch Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige)?

9.3 Gibt es hierzu relevante Unterlagen/Dokumente und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

9.1 nicht bekannt

9.2 nicht bekannt

Teil II Besondere Fragen zur Vojta-Therapie bei Säuglingen und Kindern

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich ausschließlich auf die Behandlung von Erkrankungen des zentralen Nervensystems (einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen) bei der Durchführung der Vojta-Therapie bei Säuglingen und Kindern.

10 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)?

Siehe Einleitung

Vojta: schematisch, statisch, Exklusivität und Spezifität behauptend

Bobath: dynamischer, flexibler

COPCA: Elternzentriert

11 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?

11.1 Wenn ja, bitte beschreiben Sie diese näher.

11.2 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

11.1 es bestehen keine Vorteile

11.2 es gibt keine Evidenz

12 Besteht Ihrer fachlichen Ansicht nach bei der unmittelbaren Anwendung der Vojta-Therapie bei Säuglingen und Kindern ein daraus folgendes Schädigungspotenzial?

12.1 Bei der Anwendung durch Physiotherapeutinnen und -therapeuten?

12.2 Bei der Anwendung durch Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige)?

12.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

12.1: situative Traumatisierung

12.2: Überforderung, situative Traumatisierung, Bindungsstörung

13 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)?

13.1 Bei der Anwendung durch Physiotherapeutinnen und -therapeuten?

13.2 Bei der Anwendung durch Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige)?

13.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

13.1 somatische Wirkungslosigkeit, psychische Traumatisierung, sozial negativer Impact

14 Welche psychischen Belastungen oder direkten Stressreaktionen können Ihrer fachlichen Ansicht nach bei der Durchführung der Vojta-Therapie entstehen?

14.1 Bei Säuglingen und Kindern?

14.2 Bei Bezugspersonen (z. B. Eltern, weiteren Angehörigen)?

14.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

siehe Antworten 12 und 13

15 Hat sich die fachliche Einschätzung hinsichtlich der psychischen Belastbarkeit von Säuglingen und Kindern sowie 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?
Die fachliche Einschätzung von früher „notwendig" hat sich zu heute „nicht indiziert" geändert; diese Änderung hat aber keinen Eingang in die restriktiv-schematische – Exklusivität, Spezifität und Singularität (unbelegt) behauptende – Vojta-Therapie gefunden

Alphabetisch sortiertes Literaturverzeichnis

Brown, T. G. (1911). The intrinsic factors in the act of progression in the mammal. *Proceedings of the Royal Society B*, 84(572), 308–319.

Bower Eva, Handling the young child with Cerebral Palsy, 4th edition, Elsevier, 2009.

Gemeinsame Konferenz der deutschen Bobath-Kurse e.V. (Hrsg.) (2022): Curriculum Weiterbildungslehrgang Bobath-Grundkurs zur Behandlung von Säuglingen, Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Entwicklungs- und Bewegungsstörungen. ISBN print 978-3-00-075144-8.

Gerstl L, Borgraefe I, Hufschmidt A, Heinen F Hrsg., Pädiatrische Neurologie – Neuropädiatrie, Praxishandbuch und Atlas, 2. Erweiterte und überarbeitete Auflage, Stuttgart, Kohlhammer Verlag, 20025.

Hüter-Becker Antje, Dölken Mechthild, Physiotherapie in der Pädiatrie, Stuttgart, Thieme Verlag, 2005.

Internationale Vojta-Gesellschaft: Vojta-Kinder-Kurs. https://www.vojta.com/de/fortbildung/physiotherapeuten/voraussetzungen; abgerufen am 10.6.2025

Internationale Vojta-Gesellschaft: Vojta-Therapie. https://www.vojta.com/de/vojta-prinzip/vojta-therapie; abgerufen am 10.6.2025

Jackman, M. et al. (2021). Interventions to improve physical function for children and young people with cerebral palsy: international clinical practice guideline. Developmental Medicine & Child Neurology. https://doi.org/10.1111/dmcn.15055

Jenni Oskar, Entwicklungsstörungen verstehen, Berlin, Springer Verlag, 2024. ISBN 978-3-662-69222-6

Jenni Oskar, Die kindliche Entwicklung verstehen, Berlin, Springer Verlag, 2021.

King, Mary D., Stephenson John B.P., A Handbook of Neurological Investigations in Children, London, Mac Keith Press, 2009.

Kümin, H. et al. (2023). Updated recommendations for routine neurodevelopmental follow-up assessments of high-risk newborns in Switzerland. Swiss Neonatal and Follow-up group. https://swissneonet.ch, abgerufen am 10.06.2025

Michaelis Richard, Niemann Gerhard, Entwicklungsneurologie und Neuropädiatrie, 4. Aufl., Stuttgart, Thieme Verlag, 2010, ISBN 978-3-13-1118534-1

Minassian, K., Bayart, A., Lackner, P. *et al.* (2023) Rare phenomena of central rhythm and pattern generation in a case of complete spinal cord injury. *Nat Commun* **14**, 3276 https://doi.org/10.1038/s41467-023-39034-y

Minassian, K., Hofstoetter, U. S., Dzeladini, F., Guertin, P. A. & Ijspeert, A. (2017) The human central pattern generator for locomotion: does it exist and contribute to walking? *Neuroscientist* **23**, 649–663

Morgan, C. et al. (2021). Early Intervention for Children Aged 0 to 2 Years With or at High Risk of Cerebral Palsy: International Clinical Practice Guideline Based on Systematic Reviews. JAMA Pediatrics. https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.0878

Novak, I., Morgan, C., Fahey, M. *et al.* State of the Evidence Traffic Lights 2019: Systematic Review of Interventions for Preventing and Treating Children with Cerebral Palsy. *Curr Neurol Neurosci Rep* **20**, 3 (2020). https://doi.org/10.1007/s11910-020-1022-z

Orton, J. et al. (2024). Early developmental intervention programmes provided post hospital discharge to prevent motor and cognitive impairment in preterm infants. Cochrane Database of Systematic Reviews. https://doi.org/10.1002/14651858.CD005495.pub5

Prechtl Heinz, The Neurological Examination of the Full-term Newborn Infant, 2nd edition, Lavenham, SIMP, 1977.

Sanchez, C. et al. (2022). Studying the Research–Practice Gap in Physical Therapies for Cerebral Palsy: Preliminary Outcomes Based on a Survey of Spanish Clinicians. International Journal of Environmental Research and Public Health. https://doi.org/10.3390/ijerph192114535

Sánchez-González, J. L. et al. (2024). Critical review of the evidence for Vojta Therapy: a systematic review and meta-analysis. Frontiers in Neurology. https://doi.org/10.3389/fneur.2024.1391448

Scrutton David, Damiano Diana, Mayston Margaret, Management of the Motor Disorders of Children with Cerebral Palsy, 2nd edition, London, Mac Keith Press, 2004.

Vojta, V. & Peters, A. (2007). Die zerebralen Bewegungsstörungen im Säuglingsalter: Frühdiagnose und Frühtherapie. Urban & Fischer Verlag.

FRAGEBOGEN
Überprüfung der Heilmittel-Richtlinie hinsichtlich der Regelungen zur Krankengymnastik zur Behandlung von ZNS-Erkrankungen

Gemeinsamer Bundesausschuss

Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie, DGSPJ 06.06.2025

Teil I Allgemeine Fragen zur Vojta-Therapie

1. Welche wesentlichen Wirkprinzipien liegen Ihrer fachlichen Ansicht nach der Vojta-Therapie zugrunde?

1.1 Welche der genannten Wirkprinzipien sind für die Behandlung von Erkrankungen des zentralen Nervensystems (einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen) relevant?

1.2 Gibt es hinsichtlich der Wirkprinzipien Unterschiede in der Behandlung von Säuglingen und Kindern und Erwachsenen?

1.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

Zu 1)

Es liegt eine Reihe von Arbeiten vor, die den Wirkmechanismen der Vojta-Therapie aus klinischen Beobachtungen heraus postulierend beschreiben oder mit neurophysiologischen Methoden untersuchen. Gemeinsam ist diesen Arbeiten, dass der Zusammenhang zu klinisch relevanten Effekten offen bleibt.

Der tschechische Neurologe Vàclav Vojta beobachtete in den 1960-er Jahren, dass eine Stimulation durch prolongierten peripheren Druck eine stereotypische motorische Antwort im Sinne eines asymmetrischen Musters tonischer Muskelkontraktionen der Nacken-, Rumpf- und Extremitätenmuskulatur beidseits als Ausdruck einer räumlichen Summation hervorruft (Vojta, 1970). Vojta nahm an, dass womöglich ein altes phylogenetisches „Lokomotionszentrum“ existiert, welches einzelne Bewegungsantworten koordiniert und welches im oberen Hirnstamm lokalisiert ist (Vojta, 1968).

Hok und Kollegen konnten in einer randomisierten kontrollierten Studie mittels funktioneller Magnetresonanztomographie (fMRT) bei 30 gesunden Freiwilligen eine Modulation im Hirnstamm nach peripherer Druck-Stimulation nachweisen und vermuteten, dass Vojta-Therapie in ihrer Nachwirkung eine Modulation der pontomedullären Formatio reticularis hervorruft (Hok et al., 2017), welche an der Aufrechterhaltung des Muskeltonus beteiligt ist und somit maßgeblich Haltung und Bewegung beeinflusst (Trepel, 1990), sowie an der Initierung von Fortbewegung (Takakusaki et al., 2016).

Bei Wirbeltieren beruhen diese zentralen Lokomotionsprogramme auf genetisch determinierten spinalen Schaltkreisen, dem sogenannten zentralen Bewegungsmustergenerator (engl. central pattern generator [CPG]), einer bestimmten Gruppe spinaler interneuronaler Netzwerke (Rossignol et al., 2006). Der CPG ist im Hirnstamm und im Rückenmark lokalisiert. Die Körperhaltung und der Gang bzw. die Gangart basieren auf automatischen spinalen motorischen Programmen, die durch eine supraspinale Kontrolle initiiert und reguliert werden (Jahn et al., 2008). Propriozeptive Hautafferenzen haben im Sinne eines Feedback-Mechanismus einen starken Einfluss auf den CPG, um die Bewegungsmuster dynamisch anpassen zu können (Rossignol et al., 2006; Takakusaki, 2013). Das meiste Wissen bezüglich des hierarchischen Aufbaus der Netzwerke supraspinaler Lokomotionszentren wurde aus Tierexperimenten abgeleitet, die wiederum überwiegend an dezerebrierten Katzen durchgeführt wurden (Jahn et al., 2008). Es wird vermutet, dass die menschliche Lokomotion unter deutlich stärkerer supraspinaler Kontrolle steht, als die tierische Lokomotion (Takakusaki, 2013). Ein wesentlicher Unterschied besteht im bipedalen Gang des Menschen, wobei weitestgehend unbekannt ist, ob die Organisation supraspinaler Lokomotionskontrolle während des Übergangs vom vierfüßigen zum zweifüßigen Gang erhalten blieb (Jahn et al., 2008).

In funktionellen MRT-Studien (fMRT) konnten mesencephale, subthalamische und cerebelläre Lokomotionsregionen beim Menschen als die wichtigsten subkorticalen Strukturen für die Haltungs- und Bewegungskontrolle bei Menschen visualisiert werden (Jahn et al., 2008). Schwierigkeiten bei der Abklärung von Bewegungsplanungen und Abläufen im fMRT stellen die technischen Probleme dar, da die Probanden nicht wirklich gehen können und auch Bewegungen der unteren Extremität im MRT oft mit deutlichen Bewegungsartefakten assoziiert sind. Jahn und Kollegen griffen daher auf eine „mental imagery“ Technik zurück, bei der sich die Probanden die Bewegungen (Stehen, Gehen, Laufen) lediglich gedanklich vorstellten und gingen von der Hypothese aus, dass bei einer sich vorgestellten Bewegung die gleichen neuronalen Prozesse aktiviert werden wie bei einer tatsächlich ausgeführten Bewegung (Porro et al., 1996).

Es wird postuliert, dass im Mittelhirn ein Lokomotionszentrum existiert, dem eine Schlüsselrolle in der menschlichen Fortbewegung und Kontrolle des haltungsbedingten Muskeltonus zugeschrieben wird (Takakusaki et al., 2016). Hok und Kollegen konnten jedoch nach Vojta-Therapie keine spezifischen Veränderungen im Bereich des Mittelhirns

beobachten, wohl aber in der pontomedullären Formatio reticularis, was direkt mit den Effekten der therapeutischen Stimulation nach der Vojta-Behandlung in Verbindung gebracht werden konnte (Hok et al., 2017). Der mögliche positive Effekt der Vojta-Therapie auf das Lokomotionszentrum könnte eine Erklärung für die Verbesserung der posturalen Kontrolle und der motorischen Funktionsverbesserung durch Vojta-Therapie sein.

Literatur :

Vojta, V., Das Reflexkriechen und seine Bedeutung für die krankengymnastische Frühbehandlung [Reflex creeping as an early rehabilitation programme]. Z Kinderheilkd, 1968. 104(4): p. 319-30.

Vojta, V., Reflex-Umdrehen als Bahnungssystem der menschlichen Fortbewegung [Reflex rotation as a pathway to human locomotion]. Z Orthop Ihre Grenzgeb, 1970. 108(3): p. 446-52.

Hok, P., et al., Modulation of the sensorimotor system by sustained manual pressure stimulation. Neuroscience, 2017. 348: p. 11-22.

Trepel, M., ed. Neuroanatomie: Struktur und Funktion. 2. komplett überarbeitete Auflage. ed. 1999, Urban & Fischer München Stuttgart Jena.

Takakusaki, K., et al., Brainstem control of locomotion and muscle tone with special reference to the role of the mesopontine tegmentum and medullary reticulospinal systems. J Neural Transm (Vienna), 2016. 123(7): p. 695-729.

Rossignol, S., R. Dubuc, and J.P. Gossard, Dynamic sensorimotor interactions in locomotion. Physiol Rev, 2006. 86(1): p. 89-154.

Jahn, K., et al., Imaging human supraspinal locomotor centers in brainstem and cerebellum. Neuroimage, 2008. 39(2): p. 786-92.

Takakusaki, K., Neurophysiology of gait: from the spinal cord to the frontal lobe. Mov Disord, 2013. 28(11): p. 1483-91.

Porro, C.A., et al., Primary motor and sensory cortex activation during motor performance and motor imagery: a functional magnetic resonance imaging study. J Neurosci, 1996. 16(23): p. 7688-98.

Zu 1.1)

Der neurophysiologische oder neurobiologische Mechanismus, der zu den beobachteten Effekten unter Vojta-Therapie führt, ist nicht bekannt. Dies liegt zum einen an fehlenden Untersuchungen, die neurophysiologische Effekt mit klinischen korrelieren. Darüber hinaus ist unklar, in welchem Ausmaß der hierarchische Aufba von supraspinalen Lokomotionszentren, für den Menschen zutrifft. Somit kann bezüglich der klischen Relevanz der unter 1 beschrieben Effekte keine Aussage gemacht werden.

Zu 1.2)

Da die Wirkmechanismen der Vojta-Therapie unklar sind, lässt sich hieraus kein prinzipieller Unterschied zwischen Kindern und Erwachsenen ableiten. Grundsätzlich kann evidenzbasiert angenommen werden, dass das ZNS bei Kindern eine höhere Nueroplastizität als bei Erwachsenen aufweist. Hieraus kann ein verbesserter Therapieeffekt bei Kindern postuliert werden.

Zu 1.3)

s.o.

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?

2.1 Entspricht die Behandlung nach dem Vojta-Konzept dem heutigen allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse?

2.2 Gibt es zu dem derzeit praktizierten Vojta-Konzept aktuelle relevante Unterlagen und Dokumente (z. B. Curricula, Anleitungen für Bezugspersonen, Aufklärungen etc.) und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

Zu 2)

Bei der Vojta-Therapie werden nach wie vor die von Vaclav Vojta empirisch ermittelten sogenannten Zonen aktiviert, um angeborene Bewegungsmuster zu aktivieren. Hierbei übt der Therapeut an definierten Zonen Druck aus und appliziert damit einen afferenten Impuls. Insgesamt wurden bisher 10 Zonen beschrieben, die empirisch ermittelt wurden und sich über den Rumpf und die Extremitäten verteilen. Die Zonen werden im therapeutischen Prozess nach Bedarf kombiniert.

Zur Auslösung eines angeborenen Bewegungsmusters bedarf es einer spezifischen Ausgangslage des Patienten (Bauch-, Rücken- oder Seitenlage, Hocke) mit definierten Winkeleinstellungen der Extremitäten. Die Reize führen dann bei Menschen jeglichen Alters (auch schon bei Neugeborenen) je nach Ausgangslage zu einem der folgenden beiden

Bewegungsimpulse: Dem Reflexumdrehen aus der Rückenlage über die Seitenlage bis zum Krabbelgang und dem Reflexkriechen, einem globalem Bewegungsmuster in der Bauchlage. Hierbei bedarf es keiner willentlichen Mitarbeit des Patienten. Ausweichbewegungen oder die Realisierung des aktivierten Bewegungsmusters werden durch den Therapeuten so gesteuert, dass bei längerer Stimulation eine räumliche und zeitliche Summation des Bewegungsimpulses entsteht, eine sogenannte Bahnung. Nach Vojtas Vorstellung kommt es zu einer verstärkten „afferenten Ansprache“ der dem Bewegungsablauf zugrunde liegenden zentralnervösen Strukturen. Hierdurch sollen elementare Bewegungsmuster auch bei Menschen mit geschädigtem zentralem Nervensystem und Bewegungsapparat zumindest in Teilbereichen wieder zugänglich gemacht werden. Bei Neugeborenen können die Bewegungsimpulse durch Aktivierung einer Zone ausgelöst werden, bei Erwachsenen bedarf es meist einer Kombination mehrerer Zonen. Das Steuern und Bremsen der Bewegungen des Kopfes während der Therapie dient ebenfalls der Bahnung.

An dieser Grundlage der Therapie hat sich unseres Wissens seit deren Entwicklung keine Änderung ergeben. In der Anwendung wird die Therapie jedoch an das individuelle Therapieziel angepasst.

Zu 2.1)

Die alleinige Anwendung der Vojta-Therapie nach dem unter 2.) dargestellten Konzept entspricht nicht dem heutigen allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse.

Zu 2.2)

Eine zertifizierte Ausbildung zum Vojta-Therapeuten wird nach weltweit gleichem Standard durch die Internationale Vojta Gesellschaft (IVG) angeboten. Bezüglich des genauen Curriculums der Ausbildung verweisen wir auf die IVG. (https://www.vojta.com/de/)

3. Wird die Vojta-Therapie heute noch als eigenständige Therapieform angewandt, oder wird sie in der Praxis zunehmend mit anderen Konzepten kombiniert?

3.1 Falls sie kombiniert wird: Mit welchen anderen Therapieansätzen wird sie häufig verknüpft?

3.2 Gibt es Evidenz zur Wirksamkeit dieser kombinierten Ansätze?

Zu 3.1.)

Im Säuglings- und Kleinkindalter wird die Vojta-Therapie häufig kombiniert mit:
- ausführlicher Handlingsberatung
- Elementen aus dem Bobath-Konzept
- Vibrationstherapie nach Galileo
- Manueller Therapie, insbesondere bei Säuglingen mit zentraler Koordinationsstörung und zusätzlichen funktionellen Störungen der Wirbelsäule
- Kombination mit Osteopathie insbesondere bei Säuglingen mit Zentraler Koordinationstörung nach schwierigen Ge burten

Im Erwachsenenalter wird die Vojta-Therapie beispielsweise bei Schlaganfallpatienten sowohl als eigenständige Therapie angewandt, als auch mit anderen Therapieansätzen verknüpft. Die Vojta-Therapie wird als Basistherapie angewandt unter der Vorstellung, das zentrale Nervensystem für nachfolgende funktionelle Therapieeinheiten (wie zum Beispiel Selbstständigkeitstraining, Mobilisation, Gangschule, Ergotherapie) zu aktivieren.

Zu 3.2)

Uns sind keine Studien bekannt, welche die Wirksamkeit einer Kombination von Vojta-Therapie mit anderen physiotherapeutischen Verfahren untersucht haben.

Literatur:

Donnan, G. A. (2013). Rehabilitation: the sleeping giant of stroke medicine. Int J Stroke 8, 1, doi: 10.1111/ijs.12027.

Walker, M. F., Fisher, R. J., Korner-Bitensky, N., McCluskey, A. und Carey, L. M. (2013). From what we know to what we do: translating stroke rehabilitation research into practice. Int J Stroke 8, 11-17, doi: doi: 10.1111/j.1747-4949.2012.00974.x.

Bernhardt, J. und Cramer, S. C. (2013). Giant steps for the science of stroke rehabilitation. Int J Stroke 8, 1-2, doi: 10.1111/ijs.12028.

Stroke Unit Trialists Collaboration (2013). Organised inpatient (stroke unit) care for stroke. Cochrane Database Syst Rev, CD000197, doi: 10.1002/14651858.CD000197.pub3

4. Bei welchen Erkrankungen des zentralen Nervensystems (einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen) sollte Ihrer fachlichen Ansicht nach die Vojta-Therapie angewendet werden?

4.1 Indikationen bei Säuglingen und Kindern?

4.2 Indikationen bei Erwachsenen?

Zu 4.1)

In einem, international viel beachteten, Review wurden Therapieverfahren für die Zerebralparese bezüglich ihrer Evidenz nach einem Ampelschema klassifiziert (Nowak et al. 2020). Die Vojta-Therapie und die Bobath-Therapie wurden als Verfahren aufgelistet, die eine sehr schlechte Evidenz für Ihre Wirksamkeit aufweisen. Mit der Ausnahme für das Oucome „Tonus“ für die Bobath Therapie (international: Neurodevelopmental Therapy (NDT)) kamen beide Verfahren nicht über die Beurteilungsschwelle „worth it line“ hinaus. Das Bobathverfahren wurde zweimal als „Don’t do it“ und einmal als „probably don’t do it“, die Vojta-Therapie zweimal als „probably don’t do it“ eingestzft.

In der neuen Leitlinie zur Behandlung der unilateralen Zerebralparese, welche unter der Federführung der DGSPJ verfasst wurde und aktuell den beteiligten Fachgesellschaften vorliegt, wird als Expertenkonsens formuliert:

„Bei Patient*innen mit USCP sollte eine entwicklungsbegleitende Physiotherapie und/oder Ergotherapie zielorientiert zum frühestmöglichen Zeitpunkt erfolgen. Diese können Therapieinhalte nach den Konzepten von Bobath, Vojta oder Petö enthalten, auch wenn die Evidenz aktuell weder eine klare Empfehlung für oder gegen eines der genannten Konzepte ermöglicht.“

Die DGSPJ spricht somit keine „sollte“-Empfehlung im Zusammenhang mit der Vojta-Therapie aus. Bezüglich der Evidenzgrundlage verweisen wir auf die beigefügten Leitliniendokumente (mit der Bitte um noch vertrauliche Behandlung). Grundsätzlich hält die DGSPJ die LL-Empfehlung für auf andere Erkrankungen übertragbar (vorbehaltlich der Überprüfung durch eine LL-Gruppe), z.B.:
Bilaterale spastische Zerebralparese
Hypotone Bewegungsstörungen
Skoliose-Behandlung
Arthrogryposis
Syndrome, die mit einer Bewegungsstörung einhergehen

Novak I, Morgan C, Fahey M, Finch-Edmondson M, Galea C, Hines A, Langdon K, Namara MM, Paton MC, Popat H, Shore B, Khamis A, Stanton E, Finemore OP, Tricks A, Te Velde A, Dark L, Morton N, Badawi N. State of the Evidence Traffic Lights 2019: Systematic Review of Interventions for Preventing and Treating Children with Cerebral Palsy. Curr Neurol Neurosci Rep. 2020 Feb 21;20(2):3. doi: 10.1007/s11910-020-1022-z. PMID: 32086598; PMCID: PMC7035308.

Zu 4.2)

Wir verweisen auf die Stellungnahmen der Fachgeslleschaften aus dem Bereich der Erwachsenenmedizin.

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)?

5.1 Kontraindikationen bei Säuglingen und Kindern?

5.2 Kontraindikationen bei Erwachsenen?

Zu 5)
Wir sehen unter medizinischen Gesichtspunkten allenfalls relative Kontraindikationen:

Zu 5.1)
- unzureichend stabiler Allgemeinzustand
- schwere Stoffwechselerkrankungen
- fieberhafte Erkrankungen
- 2-3 Tage nach Impfungen
- therapieresistente schwere Epilepsie
- schwere hämodynamisch wirksame Herzfehlbildung in Absprache mit den Kinderkardiologen
- deutliche Abwehr des Kindes im Rahmen der Vojta-Therapie

Relative Kontrandikation zur Durchführung von VojtaTherapie vonseiten der Eltern:
- kognitive Einschränkung der Eltern
- psychische Erkrankung der Eltern
- fortgeschrittene Schwangerschaft der Kindesmutter
- fehlende Compliance der Eltern bei der Durchführung der VojtaTherapie im häuslichen Kontext

Zu 5.2)

Unserer fachlichen Ansicht nach gibt es keine Kontraindikationen bei der Anwendung der Vojta-Therapie bei Erkrankungen des zentralen Nervensystems. Mangels klinischer Erfahrung und fehlender klinischer Daten wird der Einsatz der Vojta-Therapie bei schwangeren Frauen von der Internationalen Vojta Gesellschaft nicht empfohlen, weshalb auch in der klinischen Anwendung bei neurologischen Patientinnen Schwangere von der Therapie ausgeschlossen sind. Eine klinische Rationale hierfür ist uns nicht bekannt. Die Vojta-Therapie wird auch auf Intensivstationen bei schwer neurologisch erkrankten Patienten angewandt. Hierbei wurden unserer fachlichen Ansicht nach keine negativen Effekte beobachtet. Klinische Daten finden sich hierzu nur wenige. Die bereits erwähnte RCT zur Vojta-Therapie bei akuten Schlaganfallpatienten (Epple C et al, 2020) untersuchte als sekundäre Endpunkte auch die Sicherheit der Therapie. Es fanden sich keine Unterschiede bezüglich unerwünschter Ereignisse zwischen den Behandlungsgruppen (u.a. Pneumonien, Harnwegsinfekt, Post-Stroke-Depression, Pharyngitis u.a.). Bei keinem der unerwünschten Ereignisse fand sich ein Zusammenhang mit der angewandten physiotherapeutischen Methode.

Literatur:

Epple, C, Maurer-Burkhard, B, Lichti, M-C, and Steiner, T. Vojta therapy improves postural control in very early stroke rehabilitation: a randomised controlled pilot trial. Neurol Res Pract. 2020 2:23. doi: 10.1186/s42466-020-00070-4

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?

- 6.1 Bitte beschreiben Sie diese Bestandteile näher.
- 6.2 Gibt es einen Unterschied in der Behandlung von Säuglingen und Kindern und Erwachsenen?
- 6.3 Welcher Anteil der Therapie wird bei der Behandlung von Physiotherapeutinnen und -therapeuten erbracht und welcher Anteil der Therapie ist von den Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige) durchzuführen?
  - 6.3.1 Bei Säuglingen und Kindern?
  - 6.3.2 Bei Erwachsenen?

Auf Grund der mangelhaften Studienlage, kann diese Frage nicht evidenzbasiert beantwortet werden.

7. Gibt es Ihrer fachlichen Ansicht nach physiotherapeutische Behandlungsalternativen zur Therapie nach Vojta bei Erkrankungen des zentralen Nervensystems?

- 7.1 Bei Säuglingen und Kindern?
- 7.2 Bei Erwachsenen?

Zu 7. 1)

Grundsätzlich ja, auch wenn abhängig von der Indikation. Für die unilaterale spastische Zerebralparese sind neben Bobath und Petö u.a. folgende Verfahren zu nennen: COPCA, HIT, CIMT, mCIMT, GOT, Home based Training (s. LL USCP in der Anlage). Zu betonen ist, dass die Evidenzlage für einige dieser Verfahren sehr gut ist. Auch ist eine Reihe dieser Verfahren im Säuglingsalter anwendbar. Ein Teil dieser Verfahren wurde für andere Indikationen entwickelt bzw. an diesen evaluiert (vorbehaltlich der noch nicht erfolgten Überprüfung durch eine Leitliniengruppe, ist die Evidenz z.B. bei bilateraler spastischer Zerebralparese deutlich besser (z.B. bei COPCA)).

COPCA: COPing with and CAring for Infants with Special Needs

HIT: Handintensivtraining

mCIMT: modified Constraint induced movement therapy

GOT: Goal orientet training

Zu 7.2)

Die Alternativen aus der oben aufgeführten LL gelten auch für das Erwachsenenalter. Bez. weiterer Ausführungen verweisen wir auf die Stellungnahme der Fachgesellschaften der Erwachsenenmedizin.

8. Welche Rolle/Bedeutung haben Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige) Ihrer fachlichen Ansicht nach im Behandlungskonzept der Vojta-Therapie und nach welchen Entscheidungskriterien/Kontraindikationen werden Bezugspersonen aktiv in die Behandlung einbezogen (z. B. selbstständige Durchführung im häuslichen Umfeld)?

8.1 Bei Säuglingen und Kindern?

8.2 Bei Erwachsenen?

Zu 8.1)

Die Bedeutung der Eltern bei der Durchführung der Vojta-Therapie im häuslichen Kontext ist ausgesprochen hoch.
Die Eltern werden von Beginn an im Rahmen der Physiotherapie für Handling als auch frühzeitig für einzelne Übungen aus dem Vojta-Konzept angeleitet. Die regelmäßige tägliche Durchführung der Vojta-Therapie in der Häuslichkeit ist Bestandteil der Behandlung.

Zu 8.2)

Dass Bezugspersonen in der Vojta-Therapie bei erwachsenen neurologischen Patienten in die Therapie mit einbezogen werden, ist uns nicht bekannt.

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?

9.1 Bei Säuglingen und Kindern?

9.2 Bei Erwachsenen?

Zu 9. 1)

Die Schulung von Bezugspersonen, die die Vojta-Therapie im häuslichen Umfeld regelmäßig anwenden, erfolgt in jeder Behandlungseinheit durch den behandelnden Vojta-Therapeuten.
Der behandelnde Vojta-Therapeut zeigt den Eltern die entsprechende Auslösung der Afferenz an ihrem Kind beziehungsweise gegebenenfalls auch an der Puppe.
Die Eltern werden auf die entsprechenden motorischen Antworten des Kindes hingewiesen. Es wird dann in der Behandlungseinheit die entsprechende Übung mehrmals geübt. Die Eltern führen die Aktivierung der Reflexzonen beim Kind aus, der begleitende Vojta-Therapeut achtet auf die korrekte Ausführung und korrigiert gegebenenfalls.

Die Dokumentation über die Elternanleitung sowie entsprechende Fragen der Eltern erfolgen regelmäßig. Im Rahmen der Ausbildung werden Therapeuten angeleitet, wie diese Dokumentation erfolgen soll. Im SPZ hat z. B. jeder Patient eine Akte, wo diese Anleitung der Eltern und Fragen dokumentiert werden.

Zu 9.2)

s. 8.2

10. Welche Mechanismen oder Protokolle existieren, um mögliche unerwünschte Wirkungen frühzeitig und auch im Langzeitverlauf zu erkennen und zu dokumentieren?

10.1 Bei der Anwendung durch Physiotherapeutinnen und -therapeuten?

10.2 Bei der Anwendung durch Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige)?

10.3 Gibt es hierzu relevante Unterlagen/Dokumente und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

10)

Es sind uns keine standardmäßig eingesetzte Verfahren bekannt, die flächendeckend eingesetzt werden oder breite Anwendung erfahren. In einzelnen Einrichtungen wird die Befindlichkeit von Kindern und deren Unwohlsein während Therapien anhand von Fragebögen standardmäßig erfasst.

Teil II Besondere Fragen zur Vojta-Therapie bei Säuglingen und Kindern

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich ausschließlich auf die Behandlung von Erkrankungen des zentralen Nervensystems (einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen) bei der Durchführung der Vojta-Therapie bei Säuglingen und Kindern.

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)?

Ein wesentlicher Unterschied wäre nach Ansicht der DGSPJ ein Unterschied in der Evidenzlage. Für die Verfahren, die im Rahmen der ambulanten Heilmittelversorgung gemäß KG-ZNS-KIND eingesetzt werden (Bobath und Vojta) besteht dieser Unterschied nicht. Evidenzbasierte Verfahren (s.o.) können über KG-ZNS-KIND nicht abgerechnet werden.

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?

12.1 Wenn ja, bitte beschreiben Sie diese näher.

12.2 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

Die Hauptproblematik der Heilmittelrichtlinie ist in der Nicht-Berücksichtigung evidenzbaiserter Therapieverfahren im KG-ZNS-KIND zu sehen. In der Konsequenz finden diese Verfahren im ambulanten Setting keine Anwendung.

Die Vojta-Therapie kann ein geeignetes Verfahren im Sinne einer entwicklungsbegleitenden Physiotherapie für Kinder mit Erkrankungen des zentralen Nervenesystems darstellen. Die Wahl des Verfahrens (Vojta oder Bobath) ist (bei gegebener gleicher Evidenzlage und praktischer Nicht-Verfügbarkeit von evidenzbasierten Verfahren) individuell zu treffen. Kriterien für eine Präferenz von Vojta sind u.a. schwere Aktivierbarkeit von schwer beeinträchtigten Kindern und gute Therapieakzeptanz.

13. Besteht Ihrer fachlichen Ansicht nach bei der unmittelbaren Anwendung der Vojta-Therapie bei Säuglingen und Kindern ein daraus folgendes Schädigungspotenzial?

13.1 Bei der Anwendung durch Physiotherapeutinnen und -therapeuten?

13.2 Bei der Anwendung durch Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige)?

13.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

Zu 13., 13.1 und 13.2)

Das Hauptrisiko für ein Schädigungspotential von Physiotherapieverfahren bei Kindern mit Schädigungen des zentralen Nervensystems ist in überzogenen Heilungserwartungen in Kombination mit mangelhafter Akzeptanz der Behinderung/Beinträchigung zu sehen und den daraus resultierenden psychosozialen Konsequenzen. In der Anfangszeit der Vojta-Therapie war die Ansicht, diese Kinder mit diesem Verfahren heilen zu können, weit verbreitet. Diese ist überwunden und wird so nicht mehr postuliert. Wir sehen diese Problematik zwischen über KG-ZNS-KIND abgebildeten Verfahren gleichverteilt und im wesentlichen auf Einzelfälle beschränkt.

Die Arbeit mit Druckpunkten stellt das zentrale Therapieelement der Vojta-Therapie dar. Dieses Vorgehen stellt ein Risiko für die Auslösung von Schmerzen dar. Die tägliche Anwendung von Vojta birgt damit das Risiko der täglichen Schmerzzuführung, diese hätte ein hohes psychosoziales Schädigungspotential. In Abhängigkeit von der Kind-Eltern-Therapeuten-Interaktion kann eine schmerzfreie Vojta-Therapie gelingen. Auch wenn nach unserer Einschätzung dies in der überwiegenden Zahl der Fälle gelingt, halten wir die Reduktion von Weinen auf eine neurophysiologische Aktivierung, wie sie teilweise von Vojta-Therapeuten vertreten wird, für bedenklich und inadäquat. Vielmehr sollten Unmutsäußerungen, Abwehrhaltung und Weinen bei therapeutischen Interventionen, sofern sie auftreten, grundsätzlich einem Monitorung durch Fragebögen unterzogen werden.

In einem Artikel der Zeitrischrift Behindertenpädagogik von Franz Schröder aus dem Jahr 1996 (Schröder, 1990) wird der Aspekt der Schmerzzuführung durch Vojta thematisiert, das Verfahren scharf kritisiert und die Therapie als unzumutbar eingestuft. Schröder zitiert Patienten, die die Therapie im Nachhinein als einen Vorgang „…permanenter Vergewaltigung…“ beschreiben. Wir halten diesen Artikel auf Grund seiner fehlenden Wissenschaftlichkeit und seiner inadäquaten Wortwahl für nicht geeignet, bei einer Beurteilung der Nebenwirkungen von Vojta berücksichtigt zu werden.

In einem weiteren Artikel wird von einem Todesfall unter Vojta-Therapie berichtet (Jakobi et al., 2001). Während die zeitlichen Abläufe nahe legen, dass es während der Vojta-Therapie zu einer Subarachnoidalblutung im Bereich der Pons, der Medulla oblongata und dem oberen Halsmark kam, bleibt der Zusammenhang mit der während der Therapie erfolgten Manipulation unklar. So beschreiben die Autoren, dass die Therapeutin die Druckpunkte „Epicondylus humeri ulnaris und ventraler Oberschenkel und/oder die Ferse“ anwendete und es im Zusammenhang mit einer ausgeprägten Abwehrreaktion zu einer Rotations- und Reklinationsbewegung des Kopfes gekommen sei. Es würde sich nach dieser Darstellung somit um eine aktive Bewegung des Kindes als Reaktion auf die Therapie handeln. Dass es zu solchen Bewegungen im Rahmen der Vojta-Therapie kommen kann, ist nachvollziehbar, sie sind aber weder Vojta-Therapie-spezifisch noch therapiespezifisch überhaupt. Vielmehr sind heftige Rotations- und Rekliniationsbewegungen des Kopfes bei Säuglingen im Rahmen von Abwehrreaktionen häufig zu beobachten. Dass es im vorliegenden Fall in der Konsequenz zu einer Blutung kam, legt zunächst den dringenden Verdacht auf eine Vorschädigung nahe. Da der Artikel einleitend auf Verfahren eingeht, die auch direkte Manipulationen an der Halswirbelsäule vornehmen, wird zunächst suggeriert, dass dies auch im vorliegenden Fall geschehen ist. Aus der Beschreibung der duchgeführten Manipulation geht dies aber nicht hervor, auch wäre dies nicht das klassiche Vorgehen der Vojta-Therapie. Somit erscheint auch dieser Fallbericht nicht geeignet, in der Diskussion möglicher Auswirkungen der Vojta-Therapie berücksichtigt zu werden.

Literatur:

Schröder, G. Zu Risiken und Nebenwirkungen fragen Sie ... wen denn? Behindertenpädagogik 1996 Volume 35, Issue 3, Page(s) 327–342

Jacobi G, Riepert T, Kieslich M, Bohl J. Uber einen Todesfall während der Physiotherapie nach Vojta bei einem 3 Monate alten Säugling. Fallbeschreibung und Bemerkungen zur Manualtherapie bei Kindern [Fatal outcome during physiotherapy (Vojta's method) in a 3-month old infant. Case report and comments on manual therapy in children]. Klin Padiatr. 2001 Mar-Apr;213(2):76-85. German. doi: 10.1055/s-2001-12881. PMID: 11305197.

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)?

14.1 Bei der Anwendung durch Physiotherapeutinnen und -therapeuten?

14.2 Bei der Anwendung durch Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige)?

14.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

Frakturen stellen sehr seltene Ereignisse im Rahmen von Physiotherapie dar, hier sehen wir für die Vojta-Therapie kein erhöhtes Risiko. Bezüglich psychosozialer Aspekte s. 13.

15. Welche psychischen Belastungen oder direkten Stressreaktionen können Ihrer fachlichen Ansicht nach bei der Durchführung der Vojta-Therapie entstehen?

15.1 Bei Säuglingen und Kindern?

15.2 Bei Bezugspersonen (z. B. Eltern, weiteren Angehörigen)?

15.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

Zu 15. 1)

s.o.

Zu 15.2)
Die Durchführung der Vojta-Therapie im häuslichen Umfeld kann eine Belastung darstellen. Zum einen durch die zeitliche Beeinträchtigung zum anderen durch die Verschiebung der Elternrolle zu einer Therapeutenrolle. Beides muss aktiv therapiebegleitend mit den Eltern besprochen werden, um psychosoziale Folgeschäden zu verhindern.

Vojta-Therapie regelmäßig in der Häuslichkeit ist zeitintensiv und durchaus mit einer erhöhten Anstrengung der Eltern verbunden.
Unsicherheit und Überforderung auch im Sinne von Stressreaktion können sich zeigen. Es ist wichtig, diese Symptome von Eltern regelmäßig zu erfragen und Eltern immer wieder sicher für die Vojta-Therapie anzuleiten.

Zu 15.3)

Es liegt hierzu keine Evidenz vor: Die uns bekannte Studie (Ludwig et al., 1999) ist auf Grund von methodischen Mängeln nach unserer Ansicht nur bedingt aussagekräftig.

Ludewig, Annette; Mähler, Claudia: Krankengymnastische Frühbehandlung nach Vojta oder nach Bobath: Wie wird die Mutter-Kind-Beziehung beeinflußt? 1999, 10.23668/PSYCHARCHIVES.11060

16. Hat sich die fachliche Einschätzung hinsichtlich der psychischen Belastbarkeit von Säuglingen und Kindern sowie 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?

Grundsätzlich ist eine starke Sensibilisierung bezüglich der psychischen Sensibilität über die Zeit zu beobachten. Ein entsprechend achtsamer und empathischer Umgang mit Säuglingen, Kleinkindern und Kindern ist nach unserer Ansicht heutzutage zum Standard geworden.

Von:	DGKJ | Olbrisch
An:	AG Heilmittel-Richtlinie
Cc:	dominik.schneider@klinikumdo.de; DGKJ | Politik
Betreff:	Befragung | Überprüfung der Heilmittel-Richtlinie: Regelungen zur Krankengymnastik zur Behandlung von ZNS-Erkrankungen
Datum:	Dienstag, 17. Juni 2025 21:13:41

ACHTUNG: Hierbei handelt es sich um eine externe E-Mail. Seien Sie achtsam beim Öffnen von Links und Anhängen.
Sollten Sie sich unsicher sein, kontaktieren Sie uns gern unter it@g-ba.de.

Sehr geehrter Herr Hellbardt,
vielen Dank für die Beteiligung sowie auch die Fristverlängerung bis heute.

Die DGSPJ und die GNP haben zwei Stellungnahmen zu dem von Ihnen vorgelegten Fragenkatalog zur Physiotherapie zur Behandlung von ZNS Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen vorgelegt, die verschiedene, sich durchaus ergänzende Aspekte dieser Therapieform beleuchten. Beide Stellungnahmen diskutieren die bei Kindern häufig eingesetzten Therapieverfahren nach Voijta (und Bobath) und verweisen kongruent auf die unzureichende Evidenzlage zur Pathophysiologie wie auch zur therapeutischen Wirksamkeit. Insofern wird keine Empfehlung ausgesprochen, die über eine „Kann“ Empfehlung hinausgeht. Potenzielle unerwünschte Begleiteffekte z.B. in Bezug auf Schmerzempfindung oder Bindungsproblematiken werden ebenso kritisch gewürdigt.
Als Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin schließen wir uns diesen beiden Stellungnahmen an und unterstützen sie mit Nachdruck. Darüber hinaus möchten wir aber besonders auf den Missstand hinweisen, dass die Ausbildung von Physiotherapeuten derzeit das Themengebiet ZNS Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen nicht relevant umfasst. Es wäre daher für die unstrittig zwingend notwendige Physiotherapie bei solchen schwer erkrankten Kindern katastrophal, wenn diese Therapieformen aufgrund einer kritischen Beurteilung der Voijta Therapie wegfallen würde, zumal ja auch Effekte über die primär neurologische Wirkung erzielt werden können (z.B. Atemstimulation bei Frühgeborenen). Vielmehr muss die inhaltliche Ausbildung von Physiotherapeuten in diesen Themenbereichen verpflichtend ausgebaut werden und die Forschung zur Physiotherapie bei Kindern mit ZNS Erkrankungen gefördert werden.

Prof. Dr. Dominik Schneider
(Sprecher des Konvents für fachliche Zusammenarbeit und Geschäftsführender Vorstand der DGKJ)

Dr. Gabriele Olbrisch
- Geschäftsführung -
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)
Chausseestr. 128/129 | 10115 Berlin
Tel. +49 30 3087779-10 | Fax +49 30 3087779-99
g.olbrisch@dgkj.de | www.dgkj.de

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)
Eingetragen beim Amtsgericht Berlin unter VR26463B.
Sitz des Vereins: Berlin. USt.-IdNr. 27/663/60401. Vorstand i.S.d. § 26 BGB:
Prof. Dr. Ursula Felderhoff-Müser, Präsidentin; Prof. Dr. Christian von Schnakenburg, Schatzmeister.

FRAGEBOGEN
Überprüfung der Heilmittel-Richtlinie hinsichtlich der Regelungen zur Krankengymnastik zur Behandlung von ZNS-Erkrankungen

Gemeinsamer Bundesausschuss

VPT- Verband für Physiotherapie e.V. 16.06.2025

Teil I Allgemeine Fragen zur Vojta-Therapie

1. Welche wesentlichen Wirkprinzipien liegen Ihrer fachlichen Ansicht nach der Vojta-Therapie zugrunde?

1.1 Welche der genannten Wirkprinzipien sind für die Behandlung von Erkrankungen des zentralen Nervensystems (einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen) relevant?

1.2 Gibt es hinsichtlich der Wirkprinzipien Unterschiede in der Behandlung von Säuglingen und Kindern und Erwachsenen?

1.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

- Das Vojtaprinzip basiert auf der Reflexlokomotion und möchte angelegte Bewegungsabläufe im Gehirn abrufen/reaktivieren. Hierzu werden globale Bewegungsmuster aktiviert und damit eine automatische Steuerung der Körperlage verursacht. Das Vojtaprinzip beruht auf artspezifischen Aufrichtungsmechanismen.
- Die genannten Wirkprinzipien unterscheiden sich nicht zwischen Kindern und Erwachsenen, jedoch gibt es laut Konzept verschiedene Anwendungen und Zielsetzungen. Für Kinder gelten hauptsächlich die Zielsetzunge der frühzeitigen Aktivierung physiologischer Bewegungsmuster zur Entwicklungsförderung, die Prävention von Fehlentwicklungen und die Beeinflussung der sensomotorischen Integration und Entwicklung. Für Erwachsene gilt die Zielsetzung der Reaktivierung verlorener Bewegungsmuster, Wiederherstellung der Funktion, Verbesserung willkürlicher Kontrolle, Beeinflussung von Haltung und Gleichgewicht.

➔ Weitere Informationen: https://vojta.com/de/vojta-prinzip/vojta-therapie

- Folgende Literatur gibt internationale Behandlungsleitlinien und Empfehlungen für die Behandlung von Patient*innen mit Cerebralparese vor. Grundsätzlich sollte die Therapie an Patientenpräferenzen und Zielen ausgerichtet werden und eine vollständige Aktivität aus dem Lebenskontext abbilden, die entweder mit den Kindern, den Betroffenen oder den Betreuungspersonen ICF- orientiert festgelegt werden. Eine Therapie an allgemein gültigen neurologischen Wirkprinzipien auszurichten ist nicht Gegenstand der Leitlinine. Ebenso sollte die Motivation zur Therapie durch positive und spielerische Elemente gefördert werden, es wird konkret darauf hingewiesen, dass Stresszeichen oder Weinen der Patient*innen zu einem Abbruch der Intervention führen sollten.

➔ Interventions to improve physical function for children and young people with cerebral palsy: international clinical practice guideline
DOI: 10.1111/dmcn.15055

- Folgende Literatur gibt ebenfalls Empfehlungen zu effektiven/uneffektiven und unklaren Interventionen für Kinder mit Cerebralparese ab.
Empfohlen werden zur Verbesserung der motorischen Aktivität und der Funktion kontextbasierte, zielgerichtete Therapieansätze, Heimprogramme, und evidenzbasierte Programm wie das CIMT-Programm.
Die Vojta-Therapie wird hier als „sollte nicht“ Intervention geführt. Die zusammengefassten Studien werden mit zum Teil einer geringen Qualität bezeichnet.

➔ A systematic review of interventions for children with cerebral palsy: state of the evidence
DOI: 10.1111/dmcn.12246

- Weitere Studien:

⇨ Sánchez-González, Sanz-Esteban, Menéndez-Pardiñas, Navarro-López, Sanz-Mengíbar: Critical review of the evidence for Vojta Therapy: a systematic review and meta-analysis (2024), https://doi.org/10.3389/fneur.2024.1391448

⇨ Kavlak, Unal, Tekin, Al Sakkaf: Comparison of the effectiveness of Bobath and Vojta techniques in babies with Down syndrome: Randomized controlled study. (2022),

https://www.researchgate.net/profile/Fatih-Tekin-6/publication/361460633_Comparison_of_the_effectiveness_of_Bobath_and_Vojta_techniques_in_babies_with_Down_syndrome_Randomized_controlled_study/links/62b2c3401010dc02cc5234bb/Comparison-of-the-effectiveness-of-Bobath-and-Vojta-techniques-in-babies-with-Down-syndrome-Randomized-controlled-study.pdf

Systematische Reviews und Einzelstudien weisen positive Effekte u.a. bei Atemnotsyndromen, bei posturalen Asymetrien im Vergleich mit neurodevelopmentalen Therapie nach. Die Qualität der Einzelstudien können wir hier im Einzelnen nicht prüfen. In den systematischen Reviews wird meist auf eine geringe Qualität der Einzelstudien hingewiesen.

➔ https://doi.org/10.3390/healthcare11081091
➔ doi: 10.1589/jpts.29.301

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?

2.1 Entspricht die Behandlung nach dem Vojta-Konzept dem heutigen allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse?

2.2 Gibt es zu dem derzeit praktizierten Vojta-Konzept aktuelle relevante Unterlagen und Dokumente (z. B. Curricula, Anleitungen für Bezugspersonen, Aufklärungen etc.) und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

Uns ist kein Vergleich zwischen dem aktuellen und möglichen alten Vorversionen möglich, da uns diese nicht vorliegen.

3. Wird die Vojta-Therapie heute noch als eigenständige Therapieform angewandt, oder wird sie in der Praxis zunehmend mit anderen Konzepten kombiniert?

3.1 Falls sie kombiniert wird: Mit welchen anderen Therapieansätzen wird sie häufig verknüpft?

3.2 Gibt es Evidenz zur Wirksamkeit dieser kombinierten Ansätze?

- Da die Vojta-Therapie ein Bestandteil des Heilmittelkatalogs ist und eine eigenständige Weiterbildung, die zu Abrechnung dieses Heilmittels berechtigt, ist sie auch heute noch eine gängige, eigenständige Therapieform. Viele Therapeut*innen, die im Kinderbereich tätig sind, weisen auch die Weiterbildung Bobath auf, sodass davon auszugehen ist, dass es auch im Rahmen einer Behandlung zu einer Vermischung der beiden Konzepte kommen kann, sofern der Therapeut dies für notwendig erachtet. Dies lässt sich allerdings nicht nachweisen, da dies zur individuellen Therapieplanung gehört. Andere Techniken oder Anwendungsgebiete der Physiotherapie lassen sich bei Öffnung des Konzeptdenkens integrieren. Inwieweit dies geschieht können wir aber aufgrund der individuellen Therapieplanung nicht benennen.
- Es liegen Pilotstudien vor, die bei unterschiedlicher Indikation (motorische Entwicklungsstörungen und Zerebralsparese) die Kombination von Vojta und Bobath untersuchen. Eine abschließende Beurteilung der Ergebnisse und der Studienqualiät können wir hier nicht vornehmen.

➔ **https://doi.org/10.3390/** children9101481
➔ **https://doi.org/10.3390/medicina59101883**

4. Bei welchen Erkrankungen des zentralen Nervensystems (einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen) sollte Ihrer fachlichen Ansicht nach die Vojta-Therapie angewendet werden?

4.1 Indikationen bei Säuglingen und Kindern?

4.2 Indikationen bei Erwachsenen?

Für die Behandlung von Erkrankung des zentralen Nervensystems sind laut Heilmittelkatalog verschiedene Therapieformen zulässig, hierzu zählen neben dem Vojta- Konzept auch das Bobath- Konzept oder PNF.

Folgende Indikationen ermöglichen die Verordnung der oben genannten Konzepte:

- prä-, peri-, postnatale Schädigungen

(z.B. infantile Zerebralparese)

- Fehlbildungssyndrome (z.B. Meningomyelocele, Spina bifida)

- zerebrale Ischämie, Blutung, Hypoxie,

Tumor

- Schädelhirn- und Rückenmarkverletzungen

- Meningoencephalitis, Poliomyelitis

- Querschnittssyndrome

- Vorderhornerkrankungen des Rückenmarks

- Amyotrophe Lateralsklerose

- M. Parkinson

- Multipe Sklerose

- Syringomyelie

- Spinalis anterior Syndrom

- Muskeldystrophie, -atrophie

Welche neurologische Behandlungskonzept ggf. Vorteile gegenüber anderen neurologischen Konzepten bei bestimmten Indikationen haben, können wir nicht beurteilen.

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)?

5.1 Kontraindikationen bei Säuglingen und Kindern?

5.2 Kontraindikationen bei Erwachsenen?

Folgende Kontraindikationen werden unspezifische für die Behandlung von Kindern/Jugendlichen oder Erwachsenen angegeben:

- Fieber
- Schwangerschaft
- Akute entzündliche Prozesse
- Metastasierende Tumoren
- Etwa 10 Tage nach Impfungen mit Lebendimpfstopp

(Quelle: Schellhammer, S.(2012): Vojta-Konzept in Ebelt-Paprotny, G.; Preis, R. (Hrsg.) Leitfaden Physiotherapie, 6.Auflage, Urban und Fischer, S. 274-81)

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?

6.1 Bitte beschreiben Sie diese Bestandteile näher.

6.2 Gibt es einen Unterschied in der Behandlung von Säuglingen und Kindern und Erwachsenen?

6.3 Welcher Anteil der Therapie wird bei der Behandlung von Physiotherapeutinnen und -therapeuten erbracht und welcher Anteil der Therapie ist von den Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige) durchzuführen?

6.3.1 Bei Säuglingen und Kindern?

6.3.2 Bei Erwachsenen?

Wir können hier keine wertende Aussage zur Wichtigkeit/ Erforderlichkeit konkreter Elemente der Vojta-Therapie machen. Dies obliegt der Fachgesellschaft. Das Vojta- Konzept ist ein vorgeschriebenes Konzept, das einer inhaltlichen Logik folgt und diese, sofern konzepttreu behandelt wird, verfolgt wird. Hierzu gehören die beschriebenen Grundpositionen oder Ausgangslagen sowie das Auslösen von Reflexlokomotionen.

7. Gibt es Ihrer fachlichen Ansicht nach physiotherapeutische Behandlungsalternativen zur Therapie nach Vojta bei Erkrankungen des zentralen Nervensystems?

7.1 Bei Säuglingen und Kindern?

7.2 Bei Erwachsenen?

Laut Heilmittelkatalog sind zur Behandlung von Erkrankungen des zentralen Nervensystems bei Kindern und Jugendlichen ebenso berechtigt:

- Therapeut*innen mit Weiterbildung im Bobath-Konzept

Laut Heilmittelkatalog sind zur Behandlung von Erkrankungen des zentralen Nervensystems bei Erwachsenen ebenso berechtigt:

- Therapeut*innen mit Weiterbildung im Bobath-Konzept und mit PNF

Darüber hinaus gibt es viele physiotherapeutische, evidenzbaiserte Behandlungsmöglichkeiten und Konzepte, die bei entsprechender Indikation im Rahmen von anderen Heilmitteln oder als Ergänzung zu KG-ZNS erbracht werden können:

- Laufbandtraining
- Gezielte Kräftigung der Muskulatur,
- Gleichgewichtstraining
- Neurologische Konzepte, wie CIMT,
- Alltagstraining

Zentral hierbei ist eine auf die Bedürfnisse und Zielsetzung des Patienten abgestimmte Therapieplanung.

8. Welche Rolle/Bedeutung haben Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige) Ihrer fachlichen Ansicht nach im Behandlungskonzept der Vojta-Therapie und nach welchen Entscheidungskriterien/Kontraindikationen werden Bezugspersonen aktiv in die Behandlung einbezogen (z. B. selbstständige Durchführung im häuslichen Umfeld)?

8.1 Bei Säuglingen und Kindern?

8.2 Bei Erwachsenen?

Bezugspersonen spielen eine große Rolle in der Vojta- Therapie, da das mehrmals tägliche Üben im häuslichen Umfeld ein wesentlicher Bestandteil der Therapie ist. Dies ist auch Teil der Leistungsbeschreibung der Anlage 1 des §125 Absatz 1 SGB V.

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?

9.1 Bei Säuglingen und Kindern?

9.2 Bei Erwachsenen?

Eine Anleitung erfolgt während der Therapie. Es werden die Durchführung der Therapie sowie gewünschte/unerwünschte Wirkungen besprochen. Über den Umgang mit Unsicherheiten oder Überforderungen können wir keine Aussage treffen. Dies obliegt der Fachgesellschaft.

10. Welche Mechanismen oder Protokolle existieren, um mögliche unerwünschte Wirkungen frühzeitig und auch im Langzeitverlauf zu erkennen und zu dokumentieren?

10.1 Bei der Anwendung durch Physiotherapeutinnen und -therapeuten?

10.2 Bei der Anwendung durch Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige)?

10.3 Gibt es hierzu relevante Unterlagen/Dokumente und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

Ob es spezifische für die Vojta- Therapie existierende Mechanismen und Protokolle gibt, um unerwünschte Wirkungen zu erkennen, können wir nicht beurteilen. Grundsätzlich ist Teil der physiotherapeutischen Leistung immer die Dokumentation sowie ggf. eine Mitteilung des Arztes lt. Anlage 1 Leistungsbeschreibung des Rahmenvertrags nach §125 Abs. 1 SGB V.

Teil II Besondere Fragen zur Vojta-Therapie bei Säuglingen und Kindern

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich ausschließlich auf die Behandlung von Erkrankungen des zentralen Nervensystems (einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen) bei der Durchführung der Vojta-Therapie bei Säuglingen und Kindern.

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)?

Die neurophysiologische Grundlage der Vojta- Therapie basiert auf der Annahme, dass aufgrund von Störungen im Gehirn gespeicherte Bewegungsmuster nicht abrufbar sind und alternative Bewegungsmuster erlernt werden, deren Qualität geringer ist. Über die Aktivierung der Reflexlokomotion wird laut Definition durch die Therapie ein Zugriff auf ursprüngliche Bewegungsmuster. Umbauprozesse werden durch die Plastizität des Gehirns möglich und erlauben eine langfristige Reaktivierung der ursprünglichen Muster.

(Quelle: Schellhammer, S.(2012): Vojta-Konzept in Ebelt-Paprotny, G.; Preis, R. (Hrsg.) Leitfaden Physiotherapie, 6.Auflage, Urban und Fischer, S. 274-81)

Die Bobath-Therapie basiert ebenfalls auf der Nutzung der Plastizität des Gehirns. Innerhalb physiologischer sensomotorischer Funktionskreise werden dem Gehirn durch die Therapie Alternativen angeboten, die das motorische Repertoire vergrößern sollen. Ein zentraler Begriffe sind die „Fazilitation“ und das „Handling“. Hierbei handelt es sich um die Interaktion zwischen Therapeut und Patient. Durch gezielte Unterstützung erhält der Patient sensorische Informationen, die dabei helfen physiologische Bewegungsmuster durchzuführen. Das Handling soll ein weitgehend selbstständiges Handeln ermöglichen und umfasst die individuelle Anwendung von Bewegungsförderung, Situationsgestaltung und ggf. Anwendung von Hilfsmitteln. Dies ist immer aktivitätsbezogen.

(Quelle: Schellhammer, S.(2012): Bobath-Konzept für Kinder in Ebelt-Paprotny, G.; Preis, R. (Hrsg.) Leitfaden Physiotherapie, 6.Auflage, Urban und Fischer, S.129-136)

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?

12.1 Wenn ja, bitte beschreiben Sie diese näher.

12.2 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

Hierzu liegen uns keine Annahmen oder Literatur vor.

13. Besteht Ihrer fachlichen Ansicht nach bei der unmittelbaren Anwendung der Vojta-Therapie bei Säuglingen und Kindern ein daraus folgendes Schädigungspotenzial?

13.1 Bei der Anwendung durch Physiotherapeutinnen und -therapeuten?

13.2 Bei der Anwendung durch Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige)?

13.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

- Da die Anwendung von Vojta einer umfassende Weiterbildung bedarf, sind die Therapeut*innen geschult und wissen um die Wirkweise der angewendeten Techniken. Uns liegen keine Informationen zu Schädigungen von Kindern durch oder im Anschluss an die Vojta-Therapie vor.
- Die Anwendung von Vojta durch Bezugspersonen wird durch therapeutische Anleitung vermittelt. Dies erfolgt mit entsprechender Fachexpertise der Therapeuten. Auf die tatsächliche Anwendung im häuslichen Umfeld haben Therapeuten keinen direkten Einfluss.

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)?

14.1 Bei der Anwendung durch Physiotherapeutinnen und -therapeuten?

14.2 Bei der Anwendung durch Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige)?

14.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

Das Risiko möglicher Folgen und Spätfolgen beispielsweise psychischer oder sozialer Art werden in der Physiotherapie diskutiert. Konkrete Belege und oder Studien liegen uns hierzu nicht vor.

15. Welche psychischen Belastungen oder direkten Stressreaktionen können Ihrer fachlichen Ansicht nach bei der Durchführung der Vojta-Therapie entstehen?

15.1 Bei Säuglingen und Kindern?

15.2 Bei Bezugspersonen (z. B. Eltern, weiteren Angehörigen)?

15.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

15.1 Weinen oder Unruhe als Reaktion der Säuglinge auf die Durchführung der Vojta-Therapie kann unterschiedlich gewertet werden, ob als Anstrengungszeichen oder als Reaktion auf die eingeschränkte spontane Bewegungsfreiheit oder das plötzliche Erfahren von neuen Körperreizen. Ein unmittelbares Abklingen der Stresszeichen nach Beendigung der Situation spricht hierfür. Dass dies für Kinder allerdings Stress bedeuten kann, ist nicht abzustreiten.

15.2 Die Durchführung der Vojta-Therapie im Alltag durch Bezugspersonen kann zu einer Stressreaktion ebenfalls bei den Bezugspersonen führen. Die korrekte Durchführung der Vojta-Therapie ist nicht immer einfach. Dies kann zu Unsicherheit oder dem Empfinden von Druck führen. Psychische und körperliche Stressreaktionen können auch ausgelöst werden, wenn Eltern mit den wiederkehrenden Situationen, in denen sich das Kind potenziell unwohl fühlt, konfrontiert werden.

15.3 Studien zu Spätfolgen sind uns nicht bekannt. Folgende Studien zur Wirkung der Vojta-Therapie auf die Beteiligten liegen vor, werden von uns aber nicht abschließend bewertet.

➔ https://doi.org/10.23668/psycharchives.11060

➔ **https://doi.org/10.3390/ijerph191710691**

16 Hat sich die fachliche Einschätzung hinsichtlich der psychischen Belastbarkeit von Säuglingen und Kindern sowie 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?

Die gesellschaftliche Einstellung zur Erziehung von Kindern hat sich seit den 1950-er Jahren verändert. Über erziehungswissenschaftliche Ansätze können wir an dieser Stelle keine Aussage machen. Jedoch ist allgemein deutlich, dass Bedürfnissen von Kindern schneller und umfassender begegnet wird. Dass Weinen im Rahmen eines Therapiesettings gegebenenfalls anders bewertet wird, als es in den 1950-er Jahren getan wurde, liegt nahe. Ob dies zu

einer Veränderung der Art und Weise der Durchführung der Therapie bewirkt hat, können wir nicht mit ausreichender wissenschaftlicher Expertise beurteilen.

FRAGEBOGEN
Überprüfung der Heilmittel-Richtlinie hinsichtlich der Regelungen zur Krankengymnastik zur Behandlung von ZNS-Erkrankungen

Gemeinsamer Bundesausschuss

Internationale Vojta Gesellschaft e.V. 23.06.2025

Teil I Allgemeine Fragen zur Vojta-Therapie

1. Welche wesentlichen Wirkprinzipien liegen Ihrer fachlichen Ansicht nach der Vojta-Therapie zugrunde?

1.1 Welche der genannten Wirkprinzipien sind für die Behandlung von Erkrankungen des zentralen Nervensystems (einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen) relevant?

1.2 Gibt es hinsichtlich der Wirkprinzipien Unterschiede in der Behandlung von Säuglingen und Kindern und Erwachsenen?

1.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

Das Prinzip der Vojta-Therapie beruht auf der Kombination von neurophysiologischen Erkenntnissen und dem Wissen über frühkindliche Entwicklungsprozesse. Ihr Begründer, Prof. Václav Vojta, ging davon aus, dass das Kind zum Zeitpunkt der Geburt über phylogenetisch verankerte Optionen verfügt. Diese erfahren im Rahmen der individuellen Entwicklung - vor allem im ersten Lebensjahr - eine Differenzierung, welche zur Entwicklung unserer menschlichen komplexen Fähigkeiten wie gezielter Motorik, Sprache und sozialem Verhalten führt.
Vojta hat festgestellt, dass sich die motorische Entwicklung des Menschen im Wesentlichen durch das koordinierte Wechselspiel zwischen afferenten (zum Gehirn führenden) und efferenten (vom Gehirn ausgehenden) Nervenimpulsen vollzieht und durch diese geprägt ist. Dieses Zusammenspiel perfektioniert sich ab der Geburt in ständiger Auseinandersetzung mit der Schwerkraft. Jeder denkbare motorische Entwicklungsschritt zeigt sich in idealen Haltungs- und Bewegungsmustern, die als ein spezifisches Ganzkörpermuster („globales Muster“) erscheinen. Dabei spielen sogenannte Umweltfaktoren, wie das soziale und kulturelle Umfeld, eine Rolle.
Bei zentralnervösen Schädigungen – etwa durch frühkindliche Hirnschädigungen – ist diese feine Abstimmung gestört. Es gelten zwar auch hier die Gesetze der Aufrichtung in der motorischen Entwicklung, allerdings kommt es neben veränderten motorischen Signalen auch zu unzureichenden oder fehlgesteuerten Rückmeldungen. Dies beeinflusst die zentralnervöse Repräsentation des Körpers negativ. Dieses veränderte Körperschema hat – unbehandelt – zur Folge, dass sich eine „weniger ökonomische“ und in ihrer Differenzierung eingeschränkte „Ersatzmotorik“ im Laufe der Ontogenese etabliert.

Ähnliche Prozesse lassen sich auch bei Erwachsenen mit neurologischen Erkrankungen oder erworbenen Hirnschädigungen beobachten. Durch das gestörte/eingeschränkte Wechselspiel zwischen afferenten und efferenten Impulsen, kommt es zur Reduzierung der ehemals idealen Motorik. Dies führt dann im Weiteren zur Bildung einer mehr oder weniger stark ausgeprägten Ersatzmotorik oder zu Kompensationsbewegungen.

Die in der gesunden Entwicklung aus vielen Teilmustern bestehenden „globalen Muster“ dienen in der Vojta-Therapie als diagnostische und therapeutische Bezugsgröße. Anhand dieser lassen sich Abweichungen im Bewegungsverhalten präzise identifizieren, therapeutische Schwerpunkte festlegen und der Verlauf der Behandlung objektiv gestalten und nachvollziehen.

Das Wirkungsprinzip der Vojta-Therapie beruht darauf, dass mittels empirisch gefundener „Auslösezonen“ eine definierte Reizsetzung über afferente Bahnen an das zentrale und periphere Nervensystem erfolgt. Durch diese Reizsetzung in bestimmten Ausgangsstellungen mit definierten Winkelstellungen werden Reaktionen im zentralen Nervensystem ausgelöst, die angeborene, koordinierte Bewegungsabläufe aktivieren.

Diese Bewegungsmuster – das „Reflexumdrehen“ und das „Reflexkriechen“ – zeichnen sich durch Merkmale der menschlichen Fortbewegung aus: eine Aufrichtung gegen die Schwerkraft, die posturale (Haltungs-) Steuerung und isolierte, zielgerichtete Bewegungen wie Greifen oder Gehen.

In der Vojta-Therapie werden die o.g. Lokomotionskomplexe („Reflexumdrehen“ und „Reflexkriechen“) therapeutisch angewendet. Über die Auslösezonen werden gezielte afferente Impulse gesetzt, um die physiologischen Bewegungsmuster zu aktivieren. Im Weiteren erfolgt auf die Reizsetzung eine spezifische neuronale, motorische Aktivität, die in ihren Eigenschaften der idealen Motorik näherkommt und somit im Verlauf durch regelmäßige Anwendung dazu führt, dass sich eine „Ersatzmotorik“ nicht, bzw. nur in geringerem Maß etabliert und fixiert.
Dieses therapeutische Vorgehen wird als „Bahnung“ bezeichnet. Unmittelbar nach der Behandlung ist dies an der Veränderung des spontanen Bewegungsmusters der Patient:innen zu erkennen. Anfangs lassen sich meist kurzfristige Veränderungen in Haltung und Bewegung beobachten. Mit zunehmender Therapieintensität und -dauer kommt es zu einer langfristigen Verbesserung motorischer Fähigkeiten. Die Bewegungen der Patient:innen werden effizienter, ökonomischer und besser steuerbar – was sich direkt positiv auf ihre Selbstständigkeit, ihre Aktivität im Alltag und ihre soziale Teilhabe auswirkt.

Im Rahmen der neurowissenschaftlichen Grundlagenforschung konnten erste Hinweise auf die Wirkmechanismen sowie auf die neuronale Verortung der Effekte der Vojta-Therapie im zentralen Nervensystem (ZNS) gewonnen werden. Untersuchungen an gesunden Proband:innen unter Einsatz bildgebender Verfahren wie Elektroenzephalografie (EEG) und funktioneller

Magnetresonanztomografie (fMRT) belegen, dass eine gezielte, andauernde Druckstimulation – etwa an einer definierten Zone des Fußes – die Aktivierung motorischer Hirnareale signifikant und ortsabhängig moduliert (Hok et al, 2017).
Unter anderem konnte gesteigerte motorische Aktivität in Arealen des Hirnstamms – darunter dem Pons sowie der Formatio reticularis – gezeigt werden. Diese Aktivierung korreliert mit den in der klinischen Praxis beobachteten motorischen Veränderungen, die sich im Anschluss an die therapeutische Reizsetzung einstellen.
Die manuelle Druckstimulation, wie sie in der Reflexlokomotion nach Vojta angewendet wird, beeinflusst nachweislich mehrere zentrale Strukturen des Gehirns, die in die Steuerung und Koordination motorischer Funktionen eingebunden sind.
Im Rahmen der Reflexlokomotion nach Vojta führt die gezielte Stimulation definierter Zonen zu charakteristischen, angeborenen Muskelaktivitäten. Diese muskulären Reaktionen konnten bei gesunden Proband:innen mithilfe der Oberflächen-Elektromyografie (OEMG) objektiv erfasst und eindeutig von Reaktionen im Rahmen einer Scheinstimulation abgegrenzt werden (Sanz-Esteban et al, 2018, 2021).
Auch die Ergebnisse weiterer Untersuchungen unterstreichen die neurophysiologischen Auswirkungen auf das Gehirn nach der propriozeptiven Stimulation durch die Vojta-Therapie und heben die erhöhte Aktivität in zentralen Bereichen hervor, die für die sensorische Verarbeitung, die motorische Planung und die Kontrolle wichtig sind. Diese Aktivierung, die besonders in der Vojta-Stimulationsgruppe deutlich wurde, stimmt mit früheren Ergebnissen überein, die darauf hindeuten, dass taktile/propriozeptive Reize durch die Auslösezonen nach Vojta nicht nur die Absicht, sich zu bewegen, hervorrufen, sondern auch tatsächliche Muskelkontraktionen auslösen können, was das Potenzial der Therapie zur Verbesserung der Haltung und Fortbewegung bei Patient:innen mit neurologischen Störungen unterstreicht.
Die Befunde legen dar, dass die Wirkung der Reflexlokomotion nicht nur auf spinaler Ebene, sondern auch über eine zentrale Modulation motorischer Netzwerke im Hirnstamm vermittelt wird – ein Aspekt, der die Nachhaltigkeit der beobachteten motorischen Verbesserungen untermauert.

1.1
Aus der Beschreibung des Grundprinzips der Vojta-Therapie ist zu entnehmen, dass die „Bahnung“ Zugang zu allen Bereichen des zentralen und des peripheren Nervensystems – einschließlich des vegetativen Nervensystems – hat. Es handelt sich bei dem Wirkprinzip somit um ein interaktionelles Verfahren, mit dem in sehr spezifischer Weise auf das Nervensystem Einfluss genommen werden kann.
Somit beruht die Wirksamkeit der Vojta-Therapie nicht auf dem wiederholten Einüben bestimmter Bewegungsabläufe wie Greifen, Drehen oder Gehen, sondern auf einer globalen Aktivierung des zentralen Nervensystems über definierte Reize an bestimmten Körperstellen (sogenannte Zonen). Angelegte Bewegungsmuster – globale Muster – werden wieder zugänglich gemacht und zunehmend spontan zur Verfügung gestellt. Haltung und Bewegung verbessern sich dadurch in Richtung physiologischer Ökonomie, während kompensatorische, weniger differenzierte Ersatzbewegungen reduziert oder – abhängig vom Schweregrad der neurologischen Beeinträchtigung – zumindest abgeschwächt werden können. Unter der Anwendung der Vojta-Therapie bedarf es nicht der Willkürmotorik der Patient:innen. Dadurch eröffnet sich die Möglichkeit, bereits bei Säuglingen mit auffälliger motorischer Entwicklung sowie bei schwer neurologisch beeinträchtigten Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen therapeutisch wirksam zu intervenieren – auch wenn diese selbst über keinen oder nur geringen Zugang zu eigener, zielgerichteter Motorik verfügen.

1.2
Bezogen auf die Inhalte der Therapie, besteht bei einem Säugling – und in vermindertem Grad auch bei einem Kleinkind – eine noch unvollständige neuromuskuläre Funktionsdifferenzierung. Bewegungsabläufe sind, anders als bei einem Erwachsenen, dementsprechend weniger differenziert und weniger dauerhaft zentralnervös repräsentiert. Der spezifischen Entwicklungsdynamik folgend, geht man von „Zeitfenstern“ aus, innerhalb derer die Etablierung von Lerninhalten – auch in der Motorik – leichter und schneller, also effektiver erfolgt. Dieser entwicklungsneurophysiologische Grundgedanke wird auch in der Vojta-Therapie aufgegriffen und therapeutisch genutzt.
Im Gegensatz dazu sind im Erwachsenenalter die motorischen Muster weitgehend strukturell gefestigt. Die im Verlauf der Ontogenese erworbenen idealen Bewegungsmuster stehen dem gesunden Erwachsenen dauerhaft zur Verfügung. Inwieweit diese Muster nach einer erworbenen neurologischen Schädigung oder Erkrankung des zentralen und peripheren Nervensystems im Erwachsenenalter noch zugänglich sind, ist sehr unterschiedlich. Bekannt ist, dass der zerebrale Kortex seine neuronalen Netzwerke reorganisieren kann, d.h. eine neue Zuordnung der reduzierten motorischen und sensorisch reduzierten Funktionen ist möglich.

Mit der Anwendung der Vojta-Therapie wird über die afferente Reizsetzung die strukturelle Reorganisation angeregt. So wird das noch vorhandene neurologische Potenzial frühzeitig und umfassend aktiviert, auch wenn den Patient:innen selbst die willentliche Ansteuerung der motorischen Funktionen zu diesem Zeitpunkt eventuell nicht möglich ist. Das Entstehen von Ersatzmustern kann so verhindert bzw. reduziert werden.

Entscheidend ist im Säuglings-, Kinder-, Jugendlichen- und Erwachsenenbereich die Frühbehandlung, denn sobald sich eine starke Ersatzmotorik ausgeprägt hat, wird der Zugang zu den physiologischen Mustern erschwert. Dennoch erfordert auch eine bereits etablierte Ersatzmotorik eine gezielte Aktivierung von Mustern mit anderen Eigenschaften, so dass die motorischen Einschränkungen in ihrer funktionellen Ausprägung gemindert werden.

Mit dieser Tatsache ist verbunden, dass die Vojta-Therapie bei Säuglingen / Kleinkindern / Jugendlichen und Erwachsenen zwar unter gleichen physiologischen Voraussetzungen erfolgt, jedoch in der Zielsetzung unterschiedliche Schwerpunkte legt.
Bei Säuglingen und Kindern werden die Eltern/Bezugspersonen aktiv in den therapeutischen Prozess eingebunden. Unter Anleitung durch die behandelnden Vojta-Therapeut:innen erfolgt eine spezifische Schulung der Eltern/Bezugspersonen, die auf das individuelle Krankheitsbild des Kindes – unter Beachtung der sozialen und familiären Umweltfaktoren – ausgerichtet ist und die Durchführung der Therapie im häuslichen Umfeld ermöglicht. Während bei größeren Kindern und erwachsenen Patient:innen eine unmittelbare verbale Rückmeldung über Wahrnehmung der Therapieeffekte möglich ist, stellt sich die Interaktion mit Säuglingen und jüngeren Kindern

naturgemäß anders dar. Daraus ergeben sich besondere Anforderungen an die Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen Therapeuten:in, Kind und Bezugsperson.

Ein achtsamer, individuell abgestimmter Umgang mit Patient:innen sowie ihren Angehörigen bildet in jedem Lebensalter eine zentrale Grundlage der Vojta-Therapie – unabhängig davon, ob es sich um einen Säugling, ein Kleinkind oder einen Erwachsenen handelt.

1.3

Die grundlegenden Wirkprinzipien sind unter anderem im Fachbuch Prof.Vojtas beschrieben und in den Kapiteln zu den Behandlungsserien der symptomatischen Risikokinder untersucht:

Vojta, V. (2018) Die zerebralen Bewegungsstörungen im Säuglingsalter – Frühdiagnose und Frühtherapie, 10. Auflage, Internationale Vojta Gesellschaft e.V. Siegen

Evidenz im Kontext zur Grundlagenforschung:

Hok, P., Opavský, J., Kutín, M., Tüdös, Z., Kaňovský, P., Hluštík, P., (2017).
Modulation of the sensorimotor system by sustained manual pressure stimulation, doi:10.1016/j.neuroscience.2017.02.005

Hok, P., Opavský, J., Labounek, R., Kutín, M., Šlachtová, M., Tüdös, Z., Kaňovský, P., Hluštík, P., (2019).
Differential effects of sustained manual pressure stimulation according to site of action. Front. Neurosci. 13, 722.
https://doi.org/10.3389/fnins.2019.00722

Martinek, M., Pánek, D., Nováková, T., Pavlü, D. (2022)
Analysis of intracerebral activity during reflex locomotion stimulation according to Vojta's principle. Applied Sciences.
https://doi.org/10.3390/app12042225

Sanz-Esteban, I., Cano-de-la-Cuerda, R., San-Martín-Gómez, A., Jiménez-Antona, C., Monge-Pereira, E., Estrada-Barranco, C., Serrano, J.I., (2021).
Cortical activity during sensorial tactile stimulation in healthy adults through Vojta therapy. A randomized pilot controlled trial. Neuro Engineering Rehabil 18, 13. https://doi.org/10.1186/s12984-021-00824-4

Sanz-Esteban, I., Cano-de-la-Cuerda, R., San-Martin-Gomez, A., Jimenez-Antona, C., Monge-Pereira, E., Estrada-Barranco, C., Garcia-Sanchez, P. C., Ignacio Serrano, J. (2021).
Innate muscle patterns reproduction during afferent somatosensory input with Vojta therapy in healthy adults. A randomized controlled trial. DOI: 10.1109/TNSRE.2021.3120369

Sanz-Esteban, I.; Calvo-Lobo, C.; Ríos-Lago, M.; Álvarez-Linera, J.; Muñoz-García, D.; Rodríguez-Sanz, D. (2018).
Mapping the human brain during a specific Vojta's tactile input: the ipsilateral putamen's role. Medicine 97 (13), e0253. DOI: 10.1097/MD.0000000000010253

Perales-López, L., Sanz-Esteban, I., Jiménez-Antona, C., IgnacioSerrano, J., San-Martín-Gómez, A., Vives-Gelabert, X., Cano-de-la-Cuerda, R. (2024).
Automatic gait evoking in healthy adults through Vojta's peripheric somatosensory stimulation: a double-blind randomized controlled trial. DOI: https://doi.org/10.1186/s12984-024-01470-2

Pérez-Robledo, F., Sánchez-González, J. L., Bermejo-Gil, B. M., Llamas-Ramos, R., Llamas-Ramos, I., de la Fuente, A., Martin-Nogueras, A. M. (2022).
Electromyographic response of the abdominal muscles and stabilizers of the trunk to reflex locomotion therapy (RLT). A preliminary study. DOI: https://doi.org/10.3390/jcm11133866

Evidenz im Kontext zu den Wirkprinzipien:

Carratalá Tejada M et al. (2022).
Reflex locomotion therapy for balance, gait, and fatigue rehabilitation in subjects with multiple sclerosis. mdpi.com DOI: 10.3390/jcm11030567

Epple, C., Maurer-Burkhard, B., Lichti, M.-C., Steiner, T. (2020).
Vojta therapy improves postural control in very early stroke rehabilitation: a randomised controlled pilot trial. Neurological Research and Practice 2, S. 23. DOI: 10.1186/s42466-020-00070-4.

Ha, S.Y. and Sung, Y.H. (2021).
Changes of neural pathways after Vojta approach in a child with developmental delay. DOI: 10.3390/children8100918

Ptak, A., Dębiec-Bąk, A., Stefańska, M. (2022).
Assessment of viscoelastic parameters of muscles in children aged 4-9 months with minor qualitative impairment of the motor pattern after Vojta therapy implementation. International Journal of Environmental Research and Public Health 19 (16). DOI: 10.3390/ijerph191610448.

Sánchez-González, J.L., Díez-Villoria, E., Pérez-Robledo, F., Sanz-Esteban, I., Llamas-Ramos, I., Llamas-Ramos, R., De La Fuente, A., Bermejo-Gil, B.M., Canal-Bedia, R., Martín-Nogueras, A.M Sánchez-González et al. (2023).
Synergy of Muscle and Cortical Activation through Vojta Reflex Locomotion Therapy in Young Healthy Adults: A Pilot Randomized Controlled Trial. Research Gate DOI:10.3390/biomedicines 11123203

Torró-Ferrero, S., Fernández-Rego, F.J., Jiménez-Liria, M.R., Agüera-Arenas, J.J., Piñero- Piñero, J., del Mar Sánchez-Joya, M., Fernández-Berenguer, M. J., Rodríguez-Pérez, M., Gomez-Conesa, A. (2022).
Effect of physical therapy on bone remodelling in preterm infants: a multicenter randomized controlled clinical trial. BMC Pediatrics 22(1):362 DOI:10.1186/s12887-022-03402-2

Torró-Ferrero, G., Fernández-Rego, F. J., Agüera-Arenas, J. J., Gomez-Conesa, A. (2022).
Effect of physiotherapy on the promotion of bone mineralization in preterm infants: a randomized controlled trial. Scientific Reports 12 (1), S. 11680. DOI: 10.1038/s41598-022-15810-6.

Weiterhin kann zur Frage der Evidenz auf eine umfangreiche Bibliografie verwiesen werden, die über die Homepage der Internationalen Vojta Gesellschaft (IVG) abrufbar ist: https://www.vojta.com/de/service/literaturdatenbank.

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?

2.1 Entspricht die Behandlung nach dem Vojta-Konzept dem heutigen allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse?

2.2 Gibt es zu dem derzeit praktizierten Vojta-Konzept aktuelle relevante Unterlagen und Dokumente (z. B. Curricula, Anleitungen für Bezugspersonen, Aufklärungen etc.) und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

Professor Dr. Vojta hat die Grundlagen seiner Diagnostik und Therapie, das Vojta-Prinzip, zwischen 1950 und 1970 entdeckt, systematisiert und standardisiert niedergeschrieben. In den zurückliegenden Jahrzehnten sind kontinuierlich praktische Erfahrungen und neue wissenschaftliche Erkenntnisse in die weitere Differenzierung des Behandlungsverfahrens eingeflossen.

Bis heute setzt sich die Internationale Vojta Gesellschaft e.V. fortlaufend mit Rückmeldungen behandelter Patient:innen, Erfahrungen von Bezugspersonen, Ergebnissen wissenschaftlicher Studien und Kritik an der Vojta-Therapie auseinander und nutzt diese zur Optimierung und Qualitätssicherung.

Die Therapie wird ab dem Neugeborenenalter bis hin zum und im Erwachsenenalter in der physiotherapeutischen Behandlung angeborener und erworbener Schädigungen im Bereich des zentralen und des peripheren Nervensystems zielführend angewendet.

Im Rahmen der therapeutischen Aspekte legt die IVG e.V. seit Jahren Wert auf einen achtsamen Umgang mit den Patient:innen und deren Bezugspersonen. Dies gilt sowohl in der Erwachsenentherapie als auch in der Therapie mit Säuglingen, Kindern und Jugendlichen. Zentraler Bestandteil der Vojta-Therapie ist eine individuell angepasste Behandlungsplanung unter Berücksichtigung der Belastbarkeit der Patient:innen jeglichen Alters und deren Bezugspersonen und/oder Familien.

In den zurückliegenden 25 Jahren, nach weitgehender Etablierung der Vojta-Therapie, richtete sich die Aufmerksamkeit der IVG auch auf die subtile Analyse anderer therapeutischer Verfahren im Hinblick auf die Kompatibilität der Methoden untereinander. Es ist zu klären: Wo finden sich Synergismen, wo verhalten sich die Methoden neutral zueinander und wo ist eine Kombination nicht empfehlenswert.

Die grundlegenden Auffassungen, basierend auf den unter (1) ausgeführten Vorstellungen, haben sich nicht verändert.

2.1
Sowohl innerhalb der IVG als auch im interdisziplinären Austausch mit Fachpersonen im In- und Ausland wurden zentrale Annahmen des Vojta-Prinzips fortlaufend kritisch überprüft und auf ihre Gültigkeit hinterfragt.
Unserer Erkenntnis befindet sich demnach das Grundprinzip nicht nur in Übereinstimmung mit den Erkenntnissen der Neurophysiologie, sondern neu gewonnene Erkenntnisse dieser Fachdisziplin haben in vielen Bereichen die von Prof. Dr. Vojta vertretenen Hypothesen bestätigt.
Zahlreiche Publikationen befassen sich mit Fragen der Wirksamkeit und potenziellen Nebenwirkungen der Therapie. Bereits im Jahr 1982 wurde in einer Dissertation (Thiessen-Hutter et al) die Frage psychischer Belastungen der Beteiligten in differenzierter Weise untersucht.
In Studien bei Frühgeborenen (Giannantonio et al, 2010) konnte gezeigt werden, dass die Anwendung der Vojta-Therapie sicher ist und die NIPS (Schmerz) und PIPP (Stress) Werte während der Behandlung unverändert blieben. Zusätzlich gibt es positive Effekte auf die Atmung, die wirksamer sind als bei anderen Maßnahmen.

Eine 2020 veröffentliche randomisierte, Endpunkt-verblindete Pilot-Studie (Epple et al, 2020) konnte den Effekt und die Sicherheit der Vojta-Therapie in der sehr frühen Rehabilitation bei akuten Schlaganfall Patient:innen nachweisen. Es kam zu einer signifikanten Verbesserung der Rumpfkontrolle (im TCT Trunk Control Test) und der Oberarmfunktion (im Motor Evaluation Scale for Upper Extremity in Stroke Patients (MESUPES)). Nebenwirkungen wurden hierbei nicht beobachtet, im Gegenteil die Vojta-Therapie erwies sich in dieser Pilotstudie als sicher und durchführbar – auch in der sehr frühen Phase der Schlaganfallrehabilitation. Dies ist als wichtiges Signal für die klinische Anwendbarkeit zu werten.

Auch im Rahmen einer MRT-Untersuchung an gesunden Probanden (Hok et al., 2017) wurde nachgewiesen, dass eine anhaltende periphere Druckstimulation komplexe generalisierte, unwillkürliche motorische Reaktionen induziert und sich die nachfolgende

Spontanmotorik verändert. Dies deutet auf eine Hirnstammmodulation nach peripherer Druckstimulation hin. Die positive Nachwirkung der Vojta-Therapie wäre somit auf eine Hirnstammmodulation der pontomedullären Formatio reticularis zurückzuführen.
Zusammenfassend kann eingeschätzt werden, dass die lege artis durchgeführte Vojta-Therapie bei der gebotenen strengen Indikationsstellung und unter Beachtung potenzieller Nebenwirkungen ein differenziertes, wirksames Behandlungsverfahren darstellt, das dem aktuellen Stand medizinischer Erkenntnisse entspricht.

2.2
Die Ausbildung der Vojta-Therapeut:innen erfolgt nach ausführlichem und differenziertem Curriculum, das unter anderem mit dem Verband der Krankenkassen verhandelt worden ist und auch die Grundlage für die Zertifizierung der Behandlungsmaßnahme darstellt. Das Curriculum (Anhang 2) schließt sowohl den praktischen als auch den ärztlichen, theoretischen Unterricht ein.

Zum Vojta-Prinzip gehört neben der Therapieausbildung auch die entwicklungsneurologische Diagnostik, zu deren Theorie und Praxis interessierten Ärzten im In- und Ausland entsprechende curriculare Ausbildungskurse angeboten werden.

Wichtige ausführliche Publikationen zur Erklärung der Methode und als Hilfe bei der Anleitung für Eltern bzw. Bezugspersonen in der häuslichen Anwendung der Therapie werden in den Kursen vorgestellt und können im Buchhandel oder über die IVG-Homepage erworben werden. Hier sind vorrangig zu nennen: Vojta V./ Peters A.: „Das Vojta-Prinzip“; Orth H.: „Das Kind in der Vojta-Therapie“; Vojta V./Schweizer E.: „Die Entdeckung der idealen Motorik“. Auf dieser Grundlage erfolgen die Information, Instruktion und Begleitung der Eltern/Bezugspersonen im vertrauensvollen Kontakt mit den Therapeut:innen. Zu diesem Themenkreis liegen umfangreiche Buchpublikationen tschechischer und polnischer Autor:innen vor.
Im Weiteren gibt es in mehreren Sprachen Informationsbroschüren der IVG e.V. zur „Vojta-Therapie im Kindesalter“, und „Vojta-Therapie im Erwachsenenalter“, diese sind auch über die Homepage Vojta.com zu beziehen.

Publikationen/Bücher:

Banaszek G., Rozwój niemowląt i jego zaburzenia a rehabilitacja metodą Vojty, Alfa Medica PressISBN: 8388778684
Skaličková–Kováčiková V., Diagnostika a fyzioterapie hybných poruch dle Vojty, RL-Corpus s.r.o., 2017, Olomouc

Giannantonio, Carmen; Papacci, Patrizia; Ciarniello, Roberta; Tesfagabir, Mikael Ghennet; Purcaro, Velia; Cota, Francesco et al. (2010):
Chest physiotherapy in preterm infants with lung diseases. In: *Italian journal of pediatrics* 36, S. 65. DOI: 10.1186/1824-7288-36-65.

Skaličková–Kováčiková V.,Vojtova metoda není jen technika.Vedení fyzioterapie dětského pacienta Vojtovou metodou, praktické zkušenosti. RL - Corpus, s.r.o., 2020. Olomouc

Skaličková–Kováčiková V.,Problémy kojenců v motorice, terapie Vojtovou metodou, Praktické informace (nejen) pro rodiče. RL - Corpus s.r.o., 2023. Olomouc

Orth H., Das Kind in der Vojta Therapie, 3. Auflage, Urban Fischer Verlag

Vojta V./Schweizer E., Die Entdeckung der idealen Motorik, 2.Auflage, IVG

Vojta V/Petres A., Das Vojta Prinzip, 3. Auflage, Springer Verlag

3. Wird die Vojta-Therapie heute noch als eigenständige Therapieform angewandt, oder wird sie in der Praxis zunehmend mit anderen Konzepten kombiniert?

3.1 Falls sie kombiniert wird: Mit welchen anderen Therapieansätzen wird sie häufig verknüpft?

3.2 Gibt es Evidenz zur Wirksamkeit dieser kombinierten Ansätze?

Die Vojta-Therapie wurde und wird weiterhin sowohl als eigenständige Therapieform angewendet, als auch mit weiteren etablierten Therapiekonzepten kombiniert. Wie in (2) ausgeführt, erfolgt dazu der kontinuierliche Abgleich, welche Kombinationen mit der Vojta-Therapie sinnvoll bzw. empfehlenswert sind. Die individuelle Situation der Patient:innen sowie deren jeweilige Belastbarkeit und die des sozialen Umfeldes werden bei der therapeutischen Planung sorgfältig berücksichtigt. Das gemeinsam mit den Patient:innen und/oder deren Bezugspersonen festgelegte Therapie- und Teilhabeziel fließt maßgeblich in die Auswahl und Kombination der einzusetzenden Therapien mit ein.

Wie auch bei anderen physiotherapeutischen Methoden, sind auf diesem Weg Studien mit einem hohen Evidenzniveau kaum zu realisieren. Evidenz durch die differenzierte Publikation einer großen Anzahl einzelner Verläufe ist allerdings möglich; als Beispiel hierfür kann die Monografie von *Zukunft Huber: Kommt mein Kind zum Laufen? Therapieerfolge in der Kinderphysiotherapie, Schmidt-Römhild-Verlag, Lübeck 2025* genannt werden.

3.1
Im Säuglings-, Kinder- und Erwachsenenbereich wird die Vojta-Therapie mit etablierten Behandlungs- und Hilfsmittelkonzepten kombiniert. Eine Verknüpfung mit anderen Therapieformen ist vor allen Dingen dann zu überlegen, wenn die eine Therapieform die Voraussetzungen für die andere begünstigt oder / und wenn beide Therapieformen synergistisch wirken.

Im Säuglings- und Kinderbereich ist dies in der Kombination von manueller Medizin / Osteopathie, aber auch in der Anwendung des Konzeptes von Castillo-Morales zur orofazialen Therapie gegeben. Gute Kombinationsmöglichkeiten ergeben sich zwischen der Vojta-Therapie und der Behandlung nach Bobath im Bereich des Handlings. Bei frühkindlichen Regulationsstörungen bietet sich die Kombination mit entwicklungspsychologischer Beratung oder Hilfeangeboten z.B. durch ESKB (Eltern-Säuglings-Kleinkind-Beratung) in Sozialpädiatrischen Zentren an. Auch für andere Therapierichtungen – Logopädie, Heilpädagogik, Motopädie – stellt Vojta als Basistherapie eine gute Ergänzung dar.

Im Erwachsenenbereich ist die Vielfalt an Therapien groß. Gute Kombinationsmöglichkeiten sind u.a. in der Verknüpfung mit manueller Medizin / Osteopathie gegeben. Zudem können hier funktionelles und aufgabenspezifisches Training, Spiegeltherapie, Laufbandtraining, Mobilisations- und Gangschulkonzepte aufgeführt werden. Gut untersucht und publiziert ist die Kombination von Vojta-Therapie mit Laufbandtherapie bei Multipler Sklerose (G. Laufens et al, 2004).
Auch im Bereich der Querschnittslähmung wurde ein guter Effekt in der Verbindung von Laufbandtherapie und Vojta-Therapie aufgezeigt (von Reumont, A., 2012).

Grundsätzlich gilt, dass aktivierende und „bahnende“ Behandlungsmaßnahmen zur Kombination eher in Betracht kommen als passiv-aufrichtende Behandlungsformen. Das gilt auch für die Kombination der Vojta-Therapie mit der Versorgung von orthopädischen Hilfsmitteln (z.B. Einlagenversorgung, Orthesen, Rollstuhl).

3.2
Grundsätzlich gestaltet sich die Durchführung von Studien mit hohem Evidenzniveau im Bereich physiotherapeutischer Behandlungen schwierig, da diese stark von individuellen Interaktionen innerhalb des therapeutischen Prozesses geprägt sind.

Kommt es zu individuell zugeschnittenen Therapiekombinationen, erhöht sich die methodische Komplexität – ohne dass das Fehlen entsprechender Studien als Nachweis für eine unzureichende oder fehlende Wirksamkeit interpretiert werden darf.

Die Untersuchungen von G. Laufens zur kombinatorischen Behandlung – Vojta-Therapie und Laufbandtherapie – von motorischen Störungen bei Patient:innen mit Multipler Sklerose sind hervorzuheben. In dieser randomisierten kontrollierten Studie wurde nachgewiesen, dass es eine signifikante Wirksamkeit der Kombination beider Behandlungsformen gegenüber der jeweiligen Einzelanwendung gibt.

Laufens, G., Poltz, W., Prinz, E., Reimann, G., Schmiegelt, F. (2004). Alternierende Laufband-Vojta-Laufband-Therapie bei stark gehbehinderten Patienten mit multipler Sklerose. In: Phys Rehab Kur Med 14 (3), S. 134–139. DOI: 10.1055/s-2003-814921.

Von Reumont, A. (2012).
Kombination von Laufbandtherapie und Physiotherapie nach Vojta bei akuter inkompletter Querschnittlähmung. Abstract beim Bundeskongress Physiotherapie September 2012 in Leipzig www.physio-deutschland.de/fileadmin/data/bund/events/BuKo2012/Abstracts/BuKo2012_Abstract_von_Reumont .pdf.

Ungureanu, A.; Rusu, L.; Rusu, M. R.; Marin, M. I. (2022).
Balance rehabilitation approach by Bobath and Vojta methods in cerebral palsy: A pilot study. Children (Basel, Switzerland) 9 (10). DOI: 10.3390/children9101481.

Zmyślna, A., Kiebzak, W., Żurawski, A., Pogorzelska, J., Kotela, I., Kowalski, T. J. et al. (2019).
Effect of physiotherapy on spinal alignment in children with postural defects. International journal of occupational medicine and environmental health 32 (1), S. 25–32. DOI: 10.13075/ijomeh.1896.01314

Żurawski, A.; Kiebzak, W., Zmyślna, A., Pogożelska, J.; Kotela, I., Kowalski, T. J. et al (2019).
Efficacy of the use of the McKenzie and Vojta methods to treat discopathy-associated syndromes in the pediatric population. International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health 32 (1), S. 33–41. DOI: 10.13075/ijomeh.1896.01309

4. Bei welchen Erkrankungen des zentralen Nervensystems (einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen) sollte Ihrer fachlichen Ansicht nach die Vojta-Therapie angewendet werden?

4.1 Indikationen bei Säuglingen und Kindern?

4.2 Indikationen bei Erwachsenen?

Unabhängig der Indikationen bei Säuglingen/ Kindern oder Erwachsenen, wird die Behandlung immer in Absprache mit dem behandelnden Arzt durchgeführt und der Belastbarkeit der Patient:innen zugeschnitten. Die Therapie wird dem jeweiligen Krankheitsbild in Ausgangslage, Ausgangsstellung und in der Auswahl der definierten Aktivierungspunkte (Zonen) individuell angepasst. Konkrete Indikationsbereiche führen wir unter 4.1. und 4.2 auf.

4.1
Im Rahmen der Neonatalogie kann die Vojta-Therapie einen positiven Effekt auf die Atmung und die Entwöhnung von Beatmungsgeräten haben. Hierzu gibt es zahlreiche Studien. Auch die Koordination und Rhythmik des Saugens wird nachweislich positiv beeinflusst (Czajkowska et al., 2019). Damit können zwei für das (Über-)Leben von Frühgeborenen essenzielle Funktionen – Atmung und Nahrungsaufnahme – gezielt unterstützt und gleichzeitig wichtige Voraussetzungen für die weitere motorische Entwicklung geschaffen werden.
Die Anwendung der Vojta-Therapie im Säuglingsalter ist indiziert, sobald sich im Rahmen einer sorfgfältigen entwicklungsneurologischen Befunderhebung Hinweise ergeben, die mit hoherWahrscheinlichkeit auf die Entstehung einer

zerebralparetischen Störung im weiteren Entwicklungsverlauf hindeuten. Dies gilt auch für weitere ausgeprägte sensomotorische Entwicklungsauffälligkeiten anderer Genese. Das von Vojta entwickelte Konzept der *Zentralen Koordinationsstörung* (ZKS) stellt hierfür ein in zahlreichen Studien validiertes Instrument zur quantitativen Risikoabschätzung dar. Die Behandlung der ZKS dient als frühzeitige therapeutische Maßnahme dazu, einer manifesten Zerebralparese vorzubeugen oder deren Schweregrad signifikant zu beeinflussen.
Liegt bereits eine fixierte Zerebralparese vor, werden – abhängig vom Schweregrad und der individuellen Symptomatik spezifische Therapieziele definiert. Diese zielen auf eine bestmögliche Äquilibrierung von Haltung und Bewegung ab, um sekundäre orthopädische Komplikationen wie funktionelle Asymmetrien, Fehlbelastungen, Hüftdysplasien bzw. -luxationen oder Wirbelsäulenskoliosen zu vermeiden oder zu reduzieren und gleichzeitig eine bestmögliche Teilhabe der Patient: innen zu ermöglichen.

Über den Kontext der (drohenden oder manifesten) Zerebralparese hinaus besteht eine Indikation zur Vojta-Therapie bei einer Vielzahl weiterer neurologischer und (neuro-)orthopädischer Erkrankungen im Kindesalter, insbesondere wenn diese mit Beeinträchtigungen des Bewegungssystems und daraus resultierenden Folgeproblemen einhergehen. Dies umfasst unter anderem angeborene Muskelerkrankungen, verschiedene genetische Syndrome, periphere Nervenschädigungen wie geburtstraumatische Plexusparesen sowie ZNS-Fehlbildungen, z. B. im Rahmen dysraphischer Störungen. Auch bei orofazialen Funktionsstörungen kann die Vojta-Therapie zielführend eingesetzt werden.
Darüber hinaus ist sie, wie in Studien dokumentiert (M.Jung et al 2017 und J.Hohendahl 2023) bei muskulären Asymmentrien und Haltungsabweichungen im Säuglings-und Kleinkinderalter indiziert, etwa bei idiopathischer Säuglingsskoliose, angeborener Hüftdysplasie oder Torticollis unterschiedlicher Genese.

Literatur:
Igual Blasco, A., Piñero Peñalver, J., Fernández-Rego, FJ., Torró-Ferrero, G., Pérez-López, J. (2023).
Effects of chest physiotherapy in preterm infants with respiratory distress syndrome: A systematic review. Healthcare (Basel, Switzerland) 11 (8). DOI: 10.3390/healthcare11081091.

Gomez-Conesa, A., Fernández-Rego, F. J., Pérez-López, J., Agüera-Arenas, J. A. (2015).
Physiotherapy treatment in the prevention of bronchopulmonary dysplasia and reduction of perinatal risk in preterm infants. Physiotherapy 101, e462-e463. DOI: 10.1016/j.physio.2015.03.3249

Giannantonio, C., Papacci, P., Ciarniello, R., Tesfagabir, M. G., Purcaro, V., Cota, F. et al. (2010).
Chest physiotherapy in preterm infants with lung diseases. Italian journal of pediatrics 36, S. 65. DOI: 10.1186/1824-7288-36-65.

Czajkowska, M., Fonfara, A., Królak-Olejnik, B., Michnikowski, M., Gólczewski, T. (2019).
The impact of early therapeutic intervention on the central pattern generator in premature newborns - a preliminary study and literature review. Developmental period medicine 23 (3), S. 178–183. DOI: 10.34763/devperiodmed.20192303.178183

Imamura, S., Sakuma, K., Takahashi, T. (1983).
Follow-up study of children with cerebral coordination disturbance (CCD, Vojta). Brain & Development 5 (3), S. 311–314. DOI: 10.1016/s0387-7604(83)80024-2

Torró-Ferrero, G., Fernández-Rego, F. J., Agüera-Arenas, J. J.,Gomez-Conesa, A. (2022).
Effect of physiotherapy on the promotion of bone mineralization in preterm infants: a randomized controlled trial. Scientific Reports 12 (1), S. 11680. DOI: 10.1038/s41598-022-15810-6.

Torró-Ferrero, S., Fernández-Rego, F.J., Jiménez-Liria, M.R., Agüera-Arenas, J.J., Piñero- Piñero, J., del Mar Sánchez-Joya, M., Fernández-Berenguer, M. J., Rodríguez-Pérez, M., Gomez-Conesa, A. (2022).
Effect of physical therapy on bone remodelling in preterm infants: a multicenter randomized controlled clinical trial. BMC Pediatrics 22(1):362 DOI:10.1186/s12887-022-03402-2

Jung, MW., Landenberger, M., Jung, T., Lindenthal, T., Philippi, H. (2017).
Vojta therapy and neurodevelopmental treatment in children with infantile postural asymmetry: a randomised controlled trial. Journal of Physical Therapy Science 29 (2), S. 301–306. DOI: 10.1589/jpts.29.301.

Hohendahl, L., Hohendahl, J., Lemhöfer, C., Best, N. (2023).
The effect of pediatric physiotherapy on positional plagiocephaly: A retrospective trial. Phys Rehab Kur Med 33 (06), S. 344–351. DOI: 10.1055/a-1917-0677.

Qian, G., Perzanowska, E., Kozakiewicz, M., Ewertowska, P., Yu, H.; Ossowski, Z. (2024).
Immediate effects of Vojta Therapy on gait ability in Down syndrome patients: a pilot study. Frontiers in Neurology 15, S. 1511849. DOI: 10.3389/fneur.2024.1511849.

Qian, G., Perzanowska, E.; Wilczyńska, D.; Kozakiewicz, M.; Yu, H.; Marcelina, H.; Ossowski, Z. (2025)
Exploring the impact of home-based Vojta therapy on gait performance in individuals with Down syndrome: a preliminary feasibility study. DOI: 10.3389/fneur.2025.1537635.

4.2.
Auch in der Erwachsenentherapie kann die Vojta-Therapie im Bereich der Intensivmedizin sehr gut eingesetzt werden. Durch die Aktivierung der posturalen Steuerung werden die Voraussetzungen zur Spontanatmung und für den Schluckvorgang unterstützt. Darüber hinaus sind im Erwachsenenbereich grundsätzlich alle Erkrankungen des zentralen und peripheren Nervensystems mit der Vojta-Therapie behandelbar. Die Vojta-Therapie hat hier im neurologischen Bereich zwei wesentliche Indikationsbereiche. Sie fördert die Regeneration bzw. Neuformation neuronaler Netzwerke nach traumatischen Schädigungen des Nervensystems, z.B. nach Schlaganfall, nach Querschnittslähmung, Neuro-Skoliosen oder sonstigen postakuten Zuständen infolge ZNS-traumatisierender Ereignisse. Die Behandlung mit der Vojta-Therapie ist zielführend möglich und wird dem jeweiligen Krankheitsbild in den Ausgangstellungen und der Auswahl der definierten Aktivierungspunkte (Zonenauswahl) angepasst.
Ein zweiter Indikationsbereich betrifft chronisch-degenerative Erkrankungen des zentralen und peripheren Nervensystems, bei denen die Vojta-Therapie darauf ausgerichtet ist, Restfunktionen, die infolge der fortschreitenden Bewegungseinschränkungen durch den/die Patienten:innen nicht mehr willkürlich erreicht werden können, zu aktivieren. Dazu gehören unter anderem Multiple Sklerose (Angelova G. et al, 2016; Argier L, 2023), neuroonkologische Krankheitsbilder, ALS. Ein weiteres Beispiel ist die Parkinson-Erkrankung. Hier kann die Vojta-Therapie insbesondere die hypo- bzw. akinetischen Symptome positiv beeinflussen und damit zur Verbesserung der Gangsicherheit beitragen. In solchen Fällen kann die Anwendung der Vojta-Therapie auch in Form einer Intervallbehandlung indiziert sein.

Weil mittels der Vojta-Therapie auch die vegetative Steuerungsebene als Bestandteil des „globalen Musters“ angesprochen wird, kann sie bei schwer mehrfach behinderten, hochgradig pflegebedürftigen Patient:innen jeglichen Alters auch zur Beeinflussung der viszeralen Aktivitäten (z.B. Problemen der Darmmobilität, Ausscheidung) mit Erfolg eingesetzt werden.

Literatur:

Abdelhamed, A.I., Shorouk. (2024).
Efficacy of reflex locomotion therapy in improving balance and walking abilities of patients with multiple sclerosis: a systematic review. Springer-Verlag DOI: 10.1007/s00337-024-01066-w

Angelova, Gabriela; Skodova, Tereza; Prokopiusova, Terezie; Markova, Magdalena; Hruskova, Natalia; Prochazkova, Marie et al. (2020).
Ambulatory Neuroproprioceptive Facilitation and Inhibition Physical Therapy Improves Clinical Outcomes in Multiple Sclerosis and Modulates Serum Level of Neuroactive Steroids: A Two-Arm Parallel-Group Exploratory Trial. In: *Life (Basel, Switzerland)* 10 (11). DOI: 10.3390/life10110267.

Argier, Ł. M. (2023).
The effect of Vojta therapy on gait parameters in a patient with multiple sclerosis – a case study. In: *phr* 27 (2), S. 40–44. DOI: 10.5114/phr.2023.128860.

Carratalá Tejada, M. et al. (2022).
Reflex locomotion therapy for balance, gait, and fatigue rehabilitation in subjects with multiple sclerosis. mdpi.com DOI: 10.3390/jcm11030567

Epple, C., Maurer-Burkhard, B., Lichti, M.-C., Steiner, T. (2020).
Vojta therapy improves postural control in very early stroke rehabilitation: a randomised controlled pilot trial. Neurological Research and Practice 2, S. 23. DOI: 10.1186/s42466-020-00070-4.

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)?

5.1 Kontraindikationen bei Säuglingen und Kindern?

5.2 Kontraindikationen bei Erwachsenen?

Grundsätzlich ist die lege artis durchgeführte Vojta-Therapie gut und stufenlos dosierbar, so dass sie wenig Kontraindikationen beinhaltet. Die Therapie kann jederzeit – in Abstimmung mit dem verordneten Arzt – problemlos an die Belastbarkeit bei Erkrankungen, die mit Hirndruckproblemen, Entzündungen des ZNS/peripheren NS/ Muskulatur, Osteogenesis imperfecta, hochgradiger Osteoporose, Chemotherapie und/oder Epilepsie einhergehen, angepasst werden.

5.1
Aufmerksamkeit bedarf es

*bei allen akuten fieberhaften Erkrankungen (Therapiepause)
*in Phasen der medikamentösen (Neu-)Einstellung bei Epilepsie, insbesondere in Phasen der Behandlung des West-Syndroms mit hohen Steroid- bzw. ACTH-Dosen

Die Vojta-Therapie ist kontraindiziert, wenn sich in der Anleitung der Bezugsperson erweist, dass diese zur Umsetzung der erforderlichen häuslichen Behandlungsanteile nicht in der Lage ist. Als Ursachen dafür kommen z.B. in Betracht:

*Eingeschränkte körperliche Voraussetzungen bei der Bezugsperson (z.B. eigene Behinderung /Erkrankung)
*Unsensible, „mechanische“ Umsetzung der vermittelten Behandlungsinhalte sowie nachhaltige Ängstlichkeit/Unsicherheit im therapeutischen Prozedere

*Annahmeproblematik im Hinblick auf die bei dem Kind bestehende Entwicklungsproblematik und daraus resultierende ambivalente Haltung gegenüber dem Kind (auf Grund von Wahrnehmungen des/der Therapeuten: in im Anleitungsprozess)

In Anbetracht der immunologischen Anpassungsleistungen nach Impfungen und der grundsätzlich nicht auszuschließenden Möglichkeit von Impfkomplikationen ist nach Impfungen eine Therapiepause bis zu 14 Tagen zu empfehlen, je nach Impfstoff und der Folgereaktion der Patient:innen.

5.2
Schwangerschaft benennt die IVG e.V. als Kontraindikation zur Behandlung beim Erwachsenen, allerdings steht hier die verantwortungsvolle Vorsichtsmaßnahme im Vordergrund, da die Umstände der jeweilig werdenden Mutter sehr unterschiedlich sind und die hormonelle Umstellung in viele Bereiche der körperlichen Funktionen eingreifen, die nicht immer ausreichend einzuschätzen sind.
Vorsicht ist - wie bei allen anderen physiotherapeutischen Maßnahmen im Erwachsenenbereich - bei akuter Entzündung, akuten Traumen des zentralen und peripheren Nervensystems, die mit sensomotorischen, vegetativen oder psychomotorischen Instabilitäten einhergehen können, geboten.

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?

6.1 Bitte beschreiben Sie diese Bestandteile näher.

6.2 Gibt es einen Unterschied in der Behandlung von Säuglingen und Kindern und Erwachsenen?

6.3 Welcher Anteil der Therapie wird bei der Behandlung von Physiotherapeutinnen und -therapeuten erbracht und welcher Anteil der Therapie ist von den Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige) durchzuführen?

6.3.1 Bei Säuglingen und Kindern?

6.3.2 Bei Erwachsenen?

Die Bereitstellung einer Therapie, die nicht auf die "Ersatzmuster" bzw. die Willkürmotorik der Patient:innen zurückgreift, ist von besonderer Relevanz. Dies ist insbesondere der Fall, wenn eine Schädigung des Zentralnervensystems (ZNS) vorliegt. Im Allgemeinen sind die Patienten:innen sich der Abweichung bezüglich der Bewegungsaufträge oder der Spontanmotorik nicht bewusst.

6.1
Voraussetzung für eine wirksame und lege artis durchgeführte Vojta-Therapie ist eine spezifische Ausgangsstellung in einer definierten Lage (Bauchlage, Rückenlage, Seitenlage) bei der die exakte Winkelposition der Gelenke vorgegeben ist. Sofern eine ideale Einnahme nicht möglich ist - aufgrund von Kontrakturen, Schmerzen oder anderen limitierenden Faktoren -, besteht die Möglichkeit, die Ausgangsstellung individuell anzupassen.
Eine weitere Grundlage für die Durchführung der Therapie sind die Zonen, deren Lokalisation und die Art der Auslösung exakt eingehalten werden sollten. Eine individuelle Adaption hinsichtlich der Druckstärke - Afferenz - sowie die Möglichkeit verschiedener Kombination der Zonen ist zu beachten.
Das Wissen um die klar beschriebenen kinesiologischen und muskulären Inhalte der Reflexlokomotion nach Vojta ist unumgänglich, denn Therapeut: innen müssen jederzeit auf die aktivierten motorischen und vegetativen Reaktionen der Patient:innen reagieren können, um eventuelle Ausweichbewegungen zu vermeiden/reduzieren. So besteht z.B. die Möglichkeit, das erzeugte globale Muster in seinen Teilmustern durch die Steuerung des Kopfes und der Extremitäten zu beeinflussen.

Nach der Therapie wird der Einfluss auf die Spontanmotorik der Patient:innen direkt überprüft und den Bezugspersonen bzw. den Patient:innen wird mitgeteilt die Langzeitwirkung zu beobachten, so dass bei der folgenden therapeutischen Einheit besprochen und adäquat im Rahmen der Auswahl der therapeutischen Variationen reagiert werden kann. Das Ziel ist die Spontanmotorik der Patient:innen zu verbessern und einen Effekt bezogen auf die Haltung und Körpersteuerung, auf die Aufrichtung, auf Schmerzen und Gelenkeinschränkungen zu erreichen und die Ersatzmotorik zu reduzieren.

Um eine Wirksamkeit zu erreichen, braucht es eine Mindest-Intensität an Afferenz über die Auslösung der Zonen. Inwieweit diese erreicht wird, wird an der dadurch ausgelösten (efferenten) motorischen Antwort deutlich. Hierbei bestehen individuelle Unterschiede, die einerseits konstitutionell bedingt sind und andererseits vom Ausmaß der neurologischen Schädigung beeinflusst werden.

6.2
Bei Säuglingen und Kleinkindern befindet sich die neuromotorische Funktionsdifferenzierung in einem Entwicklungsprozesse, beim Erwachsenen ist dieser Prozess weitgehend beendet. Das bedeutet, dass die angeborenen Bewegungskomplexe gefestigt sind und man bei Traumen von einem Verlust oder Reduzierung der angeborenen idealen Muster spricht.
Aus den genannten Aspekten lässt sich ableiten, dass die Vojta-Therapie bei Säuglingen und Kleinkindern den Anspruch verfolgt, gezielt in den strukturbildenden Entwicklungsprozess einzugreifen, der auf der Reifung und Vernetzung neuronaler Strukturen basiert, und somit potenziell kurativ zu wirken.

Im Erwachsenenalter wird davon ausgegangen, dass das Ausmaß neu zu bildender neuronaler Strukturen reduziert ist. Allerdings zeigt die Forschung, dass das Gehirn auch im Erwachsenenalter noch in der Lage ist, neue neuronale Verbindungen zu bilden und bestehende zu stärken. Somit unterstützt die Vojta-Therapie im Erwachsenenalter – im Rahmen der Neuroplastizität – die Fähigkeit des Gehirns, sich anzupassen und funktionell neu zu organisieren. Besteht allerdings schon eine stark fixierte Ersatzmotorik wird dies immer schwieriger, somit sollte frühzeitig – im Akutbereich – mit der Therapie begonnen werden.

In allen Altersbereichen kann davon ausgegangen werden, dass durch die Vojta-Therapie das regenerative Potential bei einer Schädigung des zentralen und peripheren Nervensystems gefördert und spezifiziert wird.

Einen weiteren Vorteil bietet die Therapie in der Behandlung von Skoliosen jeglichen Alters, hier sei vor allem die „idiopathische Säuglingsskoliose“ genannt. Die Wirbelsäule steuernde Rückenmuskulatur (autochthone Muskulatur) kann mit der Reflexlokomotion nach Vojta zielgerichtet aktiviert werden. Schon 2017 wurde in einer randomisierten kontrollierten Studie eine signifikante Verbesserung der posturalen Asymmetrie im Säuglingsalter mit der Physiotherapie nach Vojta beschrieben (M. Jung et al, 2017).

6.3
Die Vojta-Therapeut:innen treffen entsprechend der ärztlichen Verordnung in eigener Verantwortung Entscheidungen im Hinblick auf die individuelle Gestaltung und Dosierung der Therapie und üben diese in regelmäßigen Abständen selbst an den Patient:innen aus. Die Einarbeitung der Bezugspersonen und deren Anteil an der gesamten Behandlung wird fallbezogen festgelegt und orientiert sich immer am Behandlungsfortschritt und an der individuellen Möglichkeit der Bezugspersonen und dem häuslichen Umfeld.

6.3.1
Die Therapeut:innen leiten entsprechend der Indikationsstellung bei Säuglingen und Kindern eine Bezugsperson in der Handhabung der Vojta-Therapie an. Die Erfahrung bei Säuglingen und Kindern zeigt, dass sich eine häufige Wiederholung der Aktivierung (individuell zwischen 5-15 Minuten) positiv auf die Entwicklung auswirkt. Somit müssen die Therapeut:innen die Möglichkeit und Fähigkeit der Bezugsperson die Therapie lege artis auszuüben, einschätzen. Bei der individuellen Auswahl der Variationen und der Anleitung der Bezugsperson wird besonderen Wert auf die Durchführung der Behandlung in qualitativer und quantitativer Hinsicht gelegt, sodass einerseits die Bezugsperson nicht überfordert wird und anderseits die Therapie in einer Intensität erfolgt, die die Wirksamkeit gewährleistet.
Diese Anleitung der Bezugsperson ist ein zentraler und verantwortungsvoller Anteil der Berufsausübung der Vojta-Therapeut:innen. Dementsprechend sind die Termine zur Behandlung durch die Vojta-Therapeut:innen nicht allein vom konkreten Behandlungsbedarf des Kindes, sondern auch vom Anleitungsbedarf bestimmt. Häufig ist die Termindichte zu Wiedervorstellungen in der Praxis bei Beginn des Behandlungsintervalls höher als im weiteren Verlauf.
Die mehrfach tägliche Anwendung im häuslichen Umfeld trägt wesentlich zur gezielten Stimulation neuronaler Strukturierungsprozesse bei.

6.3.2
Der Erwachsene oder deren Bezugspersonen werden über die Ziele und Methoden der Vojta-Therapie informiert, selten werden Bezugspersonen zum eigenständigen Therapieren angeleitet. Die Therapie wird vorwiegend durch die behandelnden Vojta-Therapeuten:innen in einer Praxis oder im Rahmen eines Hausbesuches durchgeführt. Erwachsene Patient:innen können selbst eine differenzierte Auskunft über die wahrgenommenen kurzfristigen und langfristigen Behandlungseffekte geben und bestimmen somit Zeit und Planung der Therapiesequenzen gemeinsam mit den Therapeut:innen.
Ist keine ausreichende Dosierung über die ambulante Therapie möglich, werden auch in Ausnahmefällen Bezugspersonen in der Durchführung der Therapie angeleitet.

7. Gibt es Ihrer fachlichen Ansicht nach physiotherapeutische Behandlungsalternativen zur Therapie nach Vojta bei Erkrankungen des zentralen Nervensystems?

7.1 Bei Säuglingen und Kindern?

7.2 Bei Erwachsenen?

Grundsätzlich stellt sich bei der Verordnung und Anwendung physiotherapeutischer Behandlungsmaßnahmen zunächst die Frage einer sachgerechten Indikationsstellung, die eine möglichst hohe Effizienz im Hinblick auf die therapeutische Zielstellung im Auge hat. Unter diesem Gesichtspunkt wird die Behandlungsmethode im Austausch mit dem behandelnden Arzt ausgewählt.
Bestehen bei klarer Indikationsstellung zur Vojta-Therapie Kontraindikationen oder andere Hinderungsgründe, müssen Behandlungsalternativen gefunden werden. Auch alternativ eingesetzte Maßnahmen sind regelmäßig im Kontext der definierten Therapieziele zu evaluieren, um ggf. therapeutisch nachzusteuern oder nochmals die Methode zu wechseln.

7.1
In diesem Sinn können teilweise die zur Kombination mit der Vojta-Therapie beschriebenen Methoden auch als therapeutische Alternativen angesehen werden. In der Einzelanwendung erscheinen sie allerdings als weniger effektiv, wenn der bahnende Charakter der Vojta-Therapie fehlt.
So können mit eventuell geringerem Wirkungsgrad als eigenständige Methoden u.a. genannt werden: Bobath-Konzept, orofaziale Therapie nach Castillo-Morales, manuelle Medizin, Constraint induced Movement Therapy.
Die Unterschiede in Bezug auf den Wirkungsgrad wurden in den Studien zu Asymmetrie und Plagiocephalie mit NDT/Bobath beobachtet. (MW.Jung et al, 2017; J. Hohendahl et al, 2023).

7.2
Der größte Unterschied zu anderen Therpieformen im Erwachsenebereich ist, dass bei der Vojta Therapie nicht das gezielte Einüben bestimmter Bewegungsabläufe wie Greifen, Drehen oder Gehen im Vordergrund steht. Über die Aktivierung mit der Refelexlokomotion wird ein anderer Zugang zu den im zentralen Nervensystem gespeicherten grundlegenden Bewegungsmustern geschaffen. Sie schafft die Grundlagen für ein aktives Übungsprogramm. Somit ist es schwierig die Frage zu physiotherapeutischen Behandlungsalternativen im Erwachsenealter zu beantworten, da einzelne Methoden als Behandlungsalternativen selten in Betracht kommen. (Epple, C. et al, 2020)

Teilweise wird ergänzend zur Vojta-Therapie ein Übungsprogramm für das häusliche Umfeld erstellt. Es sollte allerdings so aufgebaut sein, dass die Übungen bei neurologisch betroffenen Patient:innen unterhalb der individuellen Leistungsgrenze erfolgen, um eine „ersatzmotorische Fixierung" möglichst zu vermeiden bzw. gering zu halten.

8. Welche Rolle/Bedeutung haben Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige) Ihrer fachlichen Ansicht nach im Behandlungskonzept der Vojta-Therapie und nach welchen Entscheidungskriterien/Kontraindikationen werden Bezugspersonen aktiv in die Behandlung einbezogen (z. B. selbstständige Durchführung im häuslichen Umfeld)?

8.1 Bei Säuglingen und Kindern?

8.2 Bei Erwachsenen?

Bezugspersonen, sofern sie benötigt werden, spielen unabhängig vom Alter der Patient:innen immer eine große Rolle in der Behandlung mit der Vojta-Therapie.
Sie sind die wichtigsten und am engsten mit der Betreuung beauftragten Menschen im jeweiligen Umfeld der Patient:innen.
Mit den Patient:innen und deren Bezugspersonen werden die individuellen Therapieziele besprochen, in einen funktionellen und teilhabebezogenen Kontext gesetzt und die Therapieplanung wird auf die personenbezogenen und sozialen Faktoren abgestimmt.
Ein ständiger Austausch über die Behandlungsinhalte und -fortschritte wird gewährleistet.

8.1
Bei Säuglingen und Kleinkindern erfolgt die Behandlung mit der Zielsetzung, auf die Entwicklungsdynamik nachhaltig strukturbildend einzuwirken. Im Idealfall erfolgt bis zu viermal täglich ein therapeutischer Input für ca. 15 Minuten.
Um die notwendige Behandlungsintensität zu gewährleisten, werden die Eltern oder Bezugspersonen Schritt für Schritt, entsprechend ihrer individuellen Kapazitäten, für die häusliche Anwendung angeleitet. Die Bedeutung der Eltern bei der lege artis durchgeführten Vojta-Therapie im häuslichen Kontext ist ausgesprochen hoch.
Anfänglich führt der/die Vojta-Therapeut:in die Behandlung durch, um den Eltern oder Bezugspersonen die Therapie zu zeigen und zu erklären.
Die nachfolgende Einbeziehung der Bezugspersonen und Anleitung zur Durchführung der Therapie im häuslichen Umfeld ermöglicht den Eltern, positiv auf die Entwicklung ihres behinderten oder von Behinderung bedrohten Kindes mit einzuwirken. Durch regelmäßige Überprüfung und Anpassung des häuslichen Therapieprogramms soll den Eltern Sicherheit gegeben und die Qualität der Durchführung gesichert werden. Die gezielte Elternanleitung ist ein essenzieller Bestandteil der Vojta-Therapie. Die Therapieanleitung ist der Belastbarkeit des Kindes und seiner Bezugspersonen anzupassen: viele Fragen, Befürchtungen und prognostisch bedeutsame Beobachtungen finden ihren Platz im kontinuierlichen Austausch der Familie mit ihrem/ ihrer Therapeut:in.
Durch die regelmäßige tägliche Durchführung der Therapie im häuslichen Umfeld und die damit verbundene hohe Anzahl an Wiederholungen von Aktivitäten und Bahnung können pathologisch veränderte Bewegungsmuster positiv beeinflusst und im ZNS gespeichert werden.
Die im Anschluss an die Therapie umfangreicher zur Verfügung stehenden Bewegungsmuster können in der Interaktion und im Spiel mit den Bezugspersonen oder Geschwistern gefestigt werden. Um den Bahnungserfolg zu sichern, sollte das Kind direkt nach der Therapie aktiv sein.

8.2
Der Schwerpunkt der Behandlung erwachsener Patient:innen liegt in der ambulanten/stationären physiotherapeutischen Praxis. Im Vordergrund stehen sowohl das Äquilibrieren gestörter Bewegungsmuster, als auch die Verbesserung des Körperschemas und der Aufrichtung. Zur Realisierung dieser therapeutischen Zielsetzung im Erwachsenenalter bedarf es in der Regel keiner täglich mehrmaligen Intervention. Die Therapie wird häufig als Intervallbehandlung durchgeführt.
Im Erwachsenenbereich werden Bezugspersonen dann angeleitet, wenn es keine Möglichkeit gibt, die Patient:innen in ausreichender Dosierung zuhause oder ambulant zu behandeln. Dann findet, wie im Säuglings- und Kinderbereich, eine genaue Anleitung in der Therapie und eine regelmäßige Überprüfung der Durchführung durch die behandelnden Therapeut:innen statt.
Auch hier wird die gesamte Situation des familiären sozialen Umfeldes berücksichtigt und an die Belastbarkeit aller darin Agierenden angepasst.

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?

9.1 Bei Säuglingen und Kindern?

9.2 Bei Erwachsenen?

Die Anleitung der Bezugspersonen ist ein wichtiger, im Curriculum festgelegter Bestandteil der Ausbildung der Vojta-Therapeut:innen. Die in der Fragestellung formulierten Aspekte werden hierbei ausführlich behandelt. Jede Absolventin und jeder Absolvent der Ausbildung in der Vojta-Therapie ist sich der Bedeutung dieses integralen Bestandteils der Vojta-Therapie bewusst.

9.1
Die Schulung von Eltern/Bezugspersonen, die die Vojta-Therapie im häuslichen Umfeld regelmäßig anwenden, erfolgt schrittweise und in jeder Behandlungseinheit durch die behandelnden Therapeut:innen.
Aus der Fülle der Möglichkeiten, die die Vojta-Therapie bietet, wird ein individueller Behandlungsplan für den konkreten Einzelfall erstellt.
Zu Beginn einer jeden Therapieeinheit wird anhand der Spontanmotorik des Säuglings/Kindes unter Einbeziehung der Eltern/Bezugspersonen ein physiotherapeutischer Befund aufgenommen. Nach Festlegung des therapeutischen Fokus und des Behandlungsziels wird die Therapieauswahl getroffen. Am Anfang werden die Eltern/Bezugspersonen im Rahmen der Grifftechnik und Auslösung der Vojta-Therapie an einer Lehrmittel-Puppe angeleitet, die einzelnen Handgriffe werden gezeigt und geübt. Die Eltern werden auf die entsprechenden motorischen Antworten des Kindes hingewiesen.
Danach wird die Therapiedurchführung Schritt für Schritt direkt an dem Säugling/Kind gezeigt und anschließend führen die Eltern/Bezugspersonen die Therapie unter Supervision durch. Von Anfang an wird explizit auf die zu vermeidenden „Fehler" sowohl bei Einnehmen der Ausgansstellung wie auch bei der Druckstärke hingewiesen. Mögliche Überlastungszeichen, z. B. blasses Mund-Nasen-Dreieck, Schwitzen, etc. werden angesprochen.
Einige Eltern / Bezugspersonen können sich nicht vorstellen, wie sich die Auslösung durch die sog. Zonen anfühlt und dass es darüber zu einer spürbaren Reaktion kommen kann. In dem geschilderten Fall kann die Aktivierung an den Eltern/Bezugsperson zum besseren Verständnis durchgeführt werden, wenn dies erwünscht ist.
Als Ausdruck des neuronalen Aktivierungszustandes und auch der Anstrengung in der Therapie kommt es im Säuglings- und Kleinkindalter häufig zum Schreien. Nach einer individuellen Gewöhnungszeit gelingt es den Kindern in der Regel zunehmend, sich in den Pausen zwischen der Aktivierung und am Ende der Therapie schnell zu regulieren und zu beruhigen. Damit dieser Prozess gelingen kann, ist eine gute Interaktion und Kommunikation mit dem Kind entscheidend, dazu gehört auch die aktive Einbindung und Unterstützung der Eltern/Bezugspersonen. Die Kommunikation und die sozio-emotionalen Aspekte - auch in der Eltern-Kind-Interaktion - sind wichtiger Bestandteil in der Weiterbildung zur Vojta-Therapeutin / zum Vojta-Therapeuten.
Im Rahmen der elterlichen Anleitung erlernen die Bezugspersonen, motorische Reaktionen des Kindes korrekt zu interpretieren, um die Wirksamkeit der Übungen einschätzen zu können. Positive Soforteffekte der Therapie, die sich in der Spontanmotorik zeigen, werden unmittelbar gemeinsam mit den Eltern/Bezugspersonen reflektiert. Diese sichtbaren Fortschritte stellen einen wesentlichen motivierenden Faktor für die weitere therapeutische Zusammenarbeit dar.
Auf Zeichen von Unsicherheit und Überforderung der Eltern wird permanent geachtet. Wenn sich Eltern nicht in der Lage fühlen, die Vojta-Therapie durchzuführen, wird zeitnah entschieden, welche anderen Therapieformen alternativ angeboten werden können.

Die Dokumentation über die erfolgte Elternanleitung, entsprechende Fragen der Eltern, als auch Symptome von Unsicherheit und Überforderung werden durch den/die Therapeut:innen festgehalten. Im Rahmen der Ausbildung werden Therapeut:innen angeleitet, wie diese Dokumentation erfolgen soll. In den sozialpädiatrischen Zentren oder bei stationärer/ambulanter Behandlung wird zu allen Patient:innen eine Dokumentation erstellt, in der diese Anleitung der Eltern, Fragen, Zeichen von Unsicherheit und Überforderung ergänzend zur therapeutischen Verlaufsdokumentation aufgeführt werden.

9.2
Die Schulung der Bezugspersonen, die die Vojta-Therapie beim Erwachsenen im häuslichen Umfeld regelmäßig anwenden, erfolgt in jeder Behandlungseinheit durch die behandelnden Vojta-Therapeut:innen.
Grundsätzlich gilt es zu klären, ob sich die Bezugspersonen zum einen die Durchführung der Therapie zutrauen und zum anderen, ob sie sich im emotionalen Kontext zu den Patient:innen überhaupt in der Lage fühlen, in die therapeutische Rolle „einzusteigen". Zusätzliche belastende Situationen für das familiäre Umfeld sollten vermieden werden.
Die Inhalte der Therapie, wie das Einnehmen der Ausgangsstellungen, die Lokalisation der Zonen, die Druckrichtung, die Druckintensität und die zu erwartenden sensomotorischen und vegetativen Reaktionen werden nach individuellem Bedarf erklärt. Über unerwünschte Nebenwirkungen wie Schmerzen, vegetative Instabilität durch Überlastung wird aufgeklärt und ein Setting zur Überprüfung empfohlen.
Zur Dokumentation werden unterschiedliche standardisierte Assessmentverfahren und Selbsteinschätzungs-Dokumentationsbögen angewendet - je nach Möglichkeit der Patient:innen.

10. Welche Mechanismen oder Protokolle existieren, um mögliche unerwünschte Wirkungen frühzeitig und auch im Langzeitverlauf zu erkennen und zu dokumentieren?

10.1 Bei der Anwendung durch Physiotherapeutinnen und -therapeuten?

10.2 Bei der Anwendung durch Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige)?

10.3 Gibt es hierzu relevante Unterlagen/Dokumente und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

Da sich die Vojta-Therapie auf klar definierte Abläufe in Haltung und Bewegung sowie auf das bei dem behandelten Patienten erreichten Aufrichtungsniveau bezieht, können die erzielten unmittelbaren therapeutischen Effekte sehr genau beschrieben werden. Kriterien hierfür sind detailliert beschriebene Spontanmotorik, die „Teilmuster" des „globalen Musters", das Konzept der Zentralen Koordinationsstörung (ZKS) und die Einordnung in die Aufrichtungs- bzw. Lokomotionsstadien nach Vojta.

10.1
In jeder stationären, akuten, ambulanten oder rehabilitativen Einrichtung müssen die motorischen, sensorischen und vegetativen Verläufe aller Patient:innen standardisiert im interdisziplinären Team besprochen, dokumentiert und in Protokollen festgehalten werden. Diese variieren naturgemäß in den einzelnen Einrichtungen, auch in der ambulanten Behandlung hat jede Praxis ihre

eigenen Dokumentationsmöglichkeiten. Der Behandlungsverlauf kann zudem anhand des von Prof. Dr. Vojta beschriebene diagnostische Instrumentarium durch die Therapeuten: innen fortlaufend dokumentiert und mit der Bezugsperson erörtert werden. Über die angeforderten Therapieberichte werden die zuweisenden Haus- oder Fachärzt:innen regelmäßig über den Therapieverlauf/ Langzeitverlauf und ggf. auch über unerwünschte Ereignisse informiert.
Je nach Alter und Grunderkrankung der Patient:innen können zur Verlaufsdokumentation weitere standardisierte Assessments und Tests hinzugezogen werden (V.Vojta, (1987), B.Maurer-Burkhard et al (2016), Assessments in der Physiotherapie, Bd.1-3, Hogrefe Verlag).

10.2
Die Vojta-Therapeut:innen überprüfen bei jedem Termin vor- und nach der Behandlung die Spontanmotorik des Kindes und besprechen relevante Teilmuster und Funktionen mit den Eltern/Bezugspersonen. Die Veränderungen und Fortschritte sowie Informationen der Eltern/Bezugspersonen, z.B. zum Schlaf-Wach-Rhythmus und Trinkverhalten sowie der allgemeinen Regulationsfähigkeit und Stimmungslage der Kinder werden von den Vojta-Therapeut:innen dokumentiert. Die Entwicklungstabelle „Das 1. Lebensjahr des Kindes“ (Hansisches Verlagskontor), die die differenzierte Entwicklung des Säuglings im ersten Lebensjahr aufzeigt kann ein unterstützendes Mittel sein, um den Eltern den jeweiligen Fortschritt in Quantität und Qualität in der Entwicklung ihrer Kinder zu zeigen. Auch die Lokomotionsstadien nach Vojta werden zur Quantifizierung mit
einbezogen.
Zudem überprüfen die Kinderärzt:innen und/oder die Ärzt:innen der sozialpädiatrischen Zentren die Entwicklung der Säuglinge über die Durchführung der standardisierten Lagereaktionen, der Dynamik der neonatalen Reflexe und der Beurteilung der Spontanmotorik und begleiten somit auch die Eltern in der Anwendung der Vojta Therapie. https://www.vojta.com/de/vojta-prinzip/vojta-diagnostik/aspekte

10.3
Lagereaktionen
www.vojta.com/de/vojta-prinzip/vojta-diagnostik/lagereaktionen
Die bei der neurologischen Untersuchung von Säuglingen altbekannten Lagereaktionen sind provozierte Reflexhaltungen und -bewegungen auf eine bestimmte Änderung der Körperlage. Sie modifizieren sich je nacherreichter Entwicklungsstufe, d. h., sie verlaufen in verschiedenen Phasen. Diese Phasen sind objektive Meilensteine der Entwicklung. Da es sich um komplizierte Reaktionen handelt, ist es terminologisch besser, nicht von Lagereflexen, sondern von Lagereaktionen zu sprechen.
In der normalen Entwicklung korrespondieren die Phasen der Lagereaktionen mit der erreichten Entwicklungsstufe der phasischen Motorik und der lokomotorischen Ontogenese.

Entwicklungstabelle im ersten Lebensjahr
„Das 1. Lebensjahr des Kindes“
Hansisches Verlagskontor GmbH
Max Schmidt-Römhild GmbH & Co. KG
Konrad-Adenauer-Str. 4
23558 Lübeck

V. Vojta
Lokomotionsstadien nach Vojta, veröffentlicht in dem Beitrag „Zur Prognose der spätbehandelten Cerebralparetischen Kindern (1987), Sozialpädiatrie

Maurer-Burkhard B.; Smoor I.; von Reumont A.; Deckstein G.; Stierle I.; Rupp R.; Schuld C. (2016)
Validity and reliability of a locomotor stage-based functional rating scale in spinal cord injury. Spinal Cord 2016 Aug;54(8):619-25. doi: 10.1038/sc.2015.223. Epub 2016 Jan 12.

Teil II Besondere Fragen zur Vojta-Therapie bei Säuglingen und Kindern

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich ausschließlich auf die Behandlung von Erkrankungen des zentralen Nervensystems (einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen) bei der Durchführung der Vojta-Therapie bei Säuglingen und Kindern.

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)?

Aus unserer fachlichen Sicht bestehen folgende Unterschiede zu anderen Therapien:
1. In der Vojta-Therapie werden alltägliche Bewegungsabläufe wie Greifen, Aufrichten und Laufen nicht primär geübt und trainiert. Das zentrale Nervensystem wird vielmehr über klar definierte Ausgangsstellungen, Auslösungszonen an Rumpf und Extremitäten sowie durch dreidimensionale propriozeptive Reize angeregt, auf die genetisch angelegten Bewegungsprogramme zuzugreifen.

2. Durch die präzise Auslösung wird stets das globale Haltungs- und Bewegungsmuster angesprochen. Auf diese Weise werden auch die höher differenzierten, peripheren Bereiche erreicht – wie z.B. die Okulomotorik (Blickbewegungen und Augensteuerung), die Koordination orofazialer Abläufe (Zungenbewegung, Schluckakt) und vegetative Funktionen (Regulation von Blase und Darmfunktion, Atmung) sowie Saugen, Schlucken und Sprache.

3. Die Vojta-Therapie kann unabhängig vom Antrieb der Patient:innen durchgeführt werden. Es kommt automatisch zur Aktivierung von definierten Haltungs- und Bewegungsmustern. Die Patient:innen müssen keine Bewegungsaufträge verstehen und umsetzen können. Das bedeutet, dass selbst schwer eingeschränkte Patient:innen zielgerichtet behandelt werden können. Sie profitieren bezogen auf die Vitalfunktionen, wie Atmung (Atemökonomisierung, Sekretolyse), Nahrungsaufnahme und -verarbeitung, Regulierung des Schlaf-Wachrhythmus. Dies hat zur Folge, dass Krankenhausaufenthalte vermieden oder verkürzt werden können.

4. Außerhalb der Therapieeinheiten sollen sich die Patient:innen frei und spontan bewegen. Durch die Vojta Therapie kommt es zu positiven Veränderungen der Bewegungskoordination beim Greifen, Aufrichten, Laufen und Sprechen. In Folge dessen sind die Patient:innen danach in der Lage, leichter und umfangreicher ihre Wünsche und Bedürfnisse zu äußern und ihnen spontan nachzukommen. Die Patient:innen sind weniger frustriert und wirken ausgeglichener und zufriedener. Die Vojta Therapie schaftt insgesamt deutlich bessere Voraussetzungen für das motorische Lernen der Patient:innen in der Auseinandersetzung mit den Gegebenheiten der Umwelt.

Im Vojta-Prinzip wird vorrangig das Ziel verfolgt, die kortikale Regulationsebene der Motorik durch Ansprache des phylogenetisch veranlagten „globalen Musters“ anzusprechen und dadurch nachhaltig zu aktivieren, was andernfalls infolge mangelhafter bzw. fehlgesteuerter Re-Afferenzen nicht in dem Maß geschieht, was aber notwendig ist, um die erforderliche Dominanz zu gewinnen. Insbesondere im Fall einer noch nicht (vollständig) fixierten infantilen Zerebralparese erweist sich jedoch die Vojta-Therapie als überlegen, weil durch Rückgriff auf die phylogenetisch bereitgestellten motorischen Optionen ein spezifisches, aktives Eingreifen in das neuronale Differenzierungsgeschehen erfolgen kann.
Solche „bahnenden Elemente“ sind in verschiedenen anderen Behandlungsmethoden (z.B. Constraint Induced Movement Therapy, orofaziale Therapie nach Castillo-Morales, Lokomat, Galileo) enthalten. Sie greifen allerdings nicht auf das phylogenetisch bereitgestellte „globale Muster“ zu bzw. erkennen dessen Objektivität nicht an. Die genaue Kenntnis des vorhandenen Methodenspektrums ist im Rahmen der Indikationsstellung zur Vojta-Therapie und ggf. zur Kombination von Behandlungselementen verschiedener Behandlungsformen von großer Bedeutung. Deswegen ist diese Kenntnis auch Gegenstand in der Ausbildung von Vojta-Therapeut:innnen.

Igual Blasco, A.; Piñero Peñalver, J.; Fernández-Rego, FJ.; Torró-Ferrero, G.; Pérez-López, J. (2023).
Effects of chest physiotherapy in preterm infants with respiratory distress syndrome: A systematic review. Healthcare (Basel, Switzerland) 11 (8). DOI: 10.3390/healthcare11081091.

Czajkowska M., Fonfara A., Królak-Olejnik B., Michnikowski M., Gólczewski T. (2019).
The impact of early therapeutic intervention on the central pattern generator in premature newborns – A preliminary study and literature review.
DOI: https//doi.org/10.34763/devperiodmed.20192303.178183

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?

12.1 Wenn ja, bitte beschreiben Sie diese näher.

12.2 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

12.1

Die Vojta-Therapie ist in diesen Fällen von besonderem Vorteil, weil sie in dem gegebenen begrenzten Zeitfenster des ersten, bedingt auch des zweiten und dritten Lebensjahres dazu geeignet ist, die phylogenetisch optionale neuromotorische Funktionsdifferenzierung zu begünstigen und die feste Etablierung zerebralparetischer Bewegungsmuster zu minimieren.

Voraussetzung für eine bestmögliche Entwicklung und Wiederherstellung des zentralen und peripheren Nervensystems ist die systematische Wiederholung bedeutsamer afferenter Zusammenhänge. Bei einem noch unreifen Nervensystem, v. a. im Säuglings- und Kleinkindalter, sollte dies mehrmals täglich erfolgen. Durch die Einbeziehung der Eltern/Bezugspersonen in der Durchführung der Reflexlokomotion wird dies gewährleistet.

Durch die zunehmende Sicherheit und Kompetenz der Eltern/Bezugspersonen in der Anwendung der Reflexlokomotion, können die Zeitabstände zwischen den Besuchen in der Physiotherapiepraxis verlängert werden. Die Therapeut:innen übernehmen mehr und mehr die Rolle des Coaches, die die Behandlung, die von den Eltern zuhause durchgeführt wird, überprüfen und immer wieder optimieren. Diese Supervisionsarbeit ist kostengünstig und gewährleistet, im Rahmen der ambulanten Heilmittelversorgung, einer größeren Anzahl von betroffenen Patient:innen eine therapeutische Versorgung zu ermöglichen.
Die körperliche Zuwendung und Sicherheit, die Eltern/Bezugspersonen ihren Kindern in der Vojta-Therapie vermitteln, stärkt die Eltern-Kind-Beziehung und führt zu neuen, erweiterten Möglichkeiten des Kindes (s. 8.1). Die Erfahrung zeigt, dass dies zur Reduzierung von Regulatiosstörungen führen kann (M.Ziegler, 2023)

Ein weiterer positiver Aspekt in der Durchführung der Vojta-Therapie sind die eindeutig definierten Reaktionen, die unter Aktivierung erwartet werden. Erscheinen diese Reaktionen nur unvollständig oder nicht, wissen die Therapeut:innen bzw. Eltern/Bezugspersonen, dass eine Änderung in der Therapie erfolgen muss.
Dafür stehen verschiedene Optionen zur Verfügung, wie z.B. das Ändern der Ausgangslage, der Zonenauswahl oder auch der einzelnen Gelenkstellungen. Außerhalb der Vojta-Therapie sind kein ständiges Beobachten und korrigierendes Eingreifen durch die

Eltern/Bezugspersonen erforderlich. Das Kind kann sich also frei und spontan bewegen. Die Wichtigkeit von selbstproduziertem, explorierendem, variationsreichem motorischen Verhalten und von „Versuch und Irrtum- Erfahrungen“ (Hadders Algra et al, 2018) in Kombination mit gezielter Aktivierung angeborener basaler Bewegungsmuster durch die Reflexlokomotion ist ein einzigartiger Vorteil der Vojta-Therapie gegenüber anderen Therapien.

Erkrankungen des zentralen Nervensystems gehen i.d.R. einher mit der Störung der posturalen Steuerung, d.h. dem Gleichgewicht bei Bewegungen. Die Vojta-Therapie beeinflusst diese über die gezielten Afferenzen in der Rücken-, Seiten-, Bauchlage sowie in der Hockposition. Andere Methoden versuchen das Gleichgewicht in vertikalen Positionen zu beeinflussen, was zu einer Überforderung und somit zu Verstärkung von Ersatzmustern bei Patient:innen führen kann.

Rumpfsteuerung, die in aktuellen Untersuchungen zur Lokomotion zunehmend an Bedeutung gewinnt, wird durch die Vojta-Therapie gezielt und positiv beeinflusst.

Bislang ist die Studienlage allerdings noch nicht sehr umfangreich, da es schwierig ist, die Rumpfsteuerung zu erfassen und zu messen. Die Physiotherapie-Abteilung an der Kinderklinik in Siegen führt zurzeit eine Machbarkeitsstudie zur posturalen Steuerung durch und prüft, ob bestimmte Sensoren in der Lage sind, eine Änderung der Rumpfsteuerung beim Gehen vor und nach einer physiotherapeutischen Intervention zu messen. (Messung der automatischen Steuerung der Rumpfhaltung bei Kindern mit Cerebralparese unter Anwendung von Inertialmesssensorik zur Quantifizierung der Ergebnisse einer physiotherapeutischen Intervention“ DRKS 00026667).
Die Studie von Vlčková B. et al, 2024 zeigt den direkten Zusammenhang des Bewegungsniveaus eines Kindes zu seiner Postura und seiner Fähigkeiten im Alltag. Ein Poster, welches auf dem EACD / IAACD 2025 – Kongress präsentiert werden wird, bestätigt diese Ergebnisse mit einer erhöhten Patientenzahl.

Die Vojta-Therapie erlaubt bei Begleitsymptomatik, wie z. B. Shuntversorgung, Herzfehler u.a., die Dosierung auf die individuelle Kondition der Patient:innen abzustimmen. Physiotherapeut:innen werden in der Vojta-Weiterbildung im Rahmen von zahlreichen supervidierten Patientenbehandlungen geschult, die Belastbarkeit der Patient:innen einzuschätzen.

Auch geben die Qualität und Quantität der aktivierbaren Teilmuster eine Auskunft darüber, in welchem Zustand sich das ZNS befindet. Damit erhalten wir bei manchen Krankheitsbildern (z.B. Armplexusparese) eine potenziell prognostische Aussage.

Wesentliche Argumente für die Vorteile der Vojta-Therapie gegenüber anderen Verfahren sind bereits dargelegt worden. Hervorzuheben ist der Indikationsbereich der mittelschweren Zentralen Koordinationsstörung. Untersuchungen von Vojta (1978) und Imamura et al. (1983) belegen bereits, dass ohne Therapie in diesen Fällen eine Normalentwicklung in 46,2 % zu erwarten ist, während dieser Anteil nach Vojta-Therapie bei 95,2 % liegt.
Die Vojta-Therapie ist in diesen Fällen von besonderem Vorteil, weil sie in dem gegebenen begrenzten Zeitfenster des ersten, bedingt auch des zweiten und dritten Lebensjahres dazu geeignet ist, die phylogenetisch optionale neuromotorische Funktionsdifferenzierung zu begünstigen und die feste Etablierung zerebralparetischer Bewegungsmuster zu minimieren.

12.2
Czajkowska, Magdalena; Fonfara, Anna; Królak-Olejnik, Barbara; Michnikowski, Marcin; Gólczewski, Tomasz (2019):
The impact of early therapeutic intervention on the central pattern generator in premature newborns – A preliminary study and literature review”
DOI: https://doi.org/10.34763/devperiodmed.20192303.178183

Ha, S.Y. and Y.H. Sung, (2022).
Vojta therapy affects trunk control and postural sway in children with central hypotonia: A randomized controlled trial.
DOI: https://doi.org/10.3390/children9101470

Ha, S-Y.; Sung, Y-H (2022).
Vojta approach affects neck stability and static balance in sitting position of children with hypotonia. International Neurology Journal 25 (Suppl. 2), S90-95. DOI: 10.5213/inj.2142344.172

Ha, S.-Y.; Sung, Y.-H. (2018).
Effects of Vojta approach on diaphragm movement in children with spastic cerebral palsy.
DOI: https://doi.org/10.12965/jer.1836498.249

Ha, S.-Y.; Sung, Y.-H. (2024)
Stimulus zones of Vojta method and trunk control in children with spastic-type cerebral palsy: A quasi-experimental pilot study.
DOI: 10.1016/j.jbmt.2024.01.020

Hohendahl, L.; Hohendahl, J.; Lemhöfer, C.; Best, N. (2023)
The effect of pediatric physiotherapy on positional plagiocephaly: A retrospective trial. DOI: https://doi.org/10.1055/a-1917-0677

Jung, MW., Landenberger, M., Jung, T., Lindenthal, T., Philippi, H. (2017).
Vojta therapy and neurodevelopmental treatment in children with infantile postural asymmetry: a randomised controlled trial. Journal of Physical Therapy Science 29 (2), S. 301–306. DOI: 10.1589/jpts.29.301.

Menéndez-Paradiñas, M.; Alonso-Bidegaín, M.; Santonja-Medina, F.; Sánchez-González, J. L.; Sanz-Nengibar, J. M. (2023)
Effects of Yojta Therapy on the Motor Function of Children with Neuromotor Disorders: Study Protocol for a Randomized Controlled Trial. DOI: 10.3390/jcm12237373

Perales Lopez, L., Valdez Palmero, N., Garcia Ruano, L., San Leon Pascual, C., White Orile, P., Vegue Down, A., Garcia -Fogeda, M. D. G., Toré, S. (2021).
The implementation of a reflex locomotion program according to Vojta produces short-term automatic postural changes in patients with multiple sclerosis. DOI: 10.1016/j.jbmt.2021.01.001

Sadowska L. et al.
Ocena disgnostyki i stymulacji metoda Vojta dzieci zaburzeniami rozwoju psychomotorycznego (Hrsg.): Neurokinezjologiczna diagnostyka i terapie dzieci z zaburzeniami rozwoju psychorochowego, Studia i monoigrafia nr. 58; Wydawnitstwo AWF, Wroclaw, 2000, S.243-293

Sung, Y.-H., Ha, S.-Y. (2020).
The Vojta approach changes thicknesses of abdominal muscles and gait in children with spastic cerebral palsy: A randomized controlled trial, pilot study. Technology and health care: Official journal of the European Society for Engineering and Medicine 28 (3), S. 293–301. DOI: 10.3233/THC-191726

Sánchez-González, J.L., Sanz-Esteban, I., Menéndez-Pardiñas , M., Navarro-López, V., Sanz-Mengíbar, J.M. (2024).
Critical review of the evidence for Vojta Therapy: a systematic review and meta-analysis. frontiersin.org
DOI 10.1055/a-1917-0677

Sanz-Mengibar, J. M., Menendez-Pardiñas, M., Santonja-Medina, F. (2021).
Is the implementation of Vojta therapy associated with faster gross motor development in children with cerebral palsy?
DOI: https://doi.org/10.18071/isz.74.0329

Trafalska, A., Paprocka-Borowicz, M. (2025).
The role of the Vojta method in diagnosing and enhancing motor skills in preterm infants: A prospective open-label controlled study. Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research. DOI:10.12659/MSM.945495.

Vlčkova, B., Halámka, J., Müller, M., Sanz-Mengibar, J. and Šafářová, M., (2024).
Can clinical assessment of postural control explain locomotive body function, mobility, self-care and participation in children with cerebral palsy? DOI: https://doi.org/10.3390/healthcare12010098

Wójtowicz, D., Roshko, J., Ptak, A., Dębiec-Bąk, A., Skrzek, A. (2017)
The efficiency of rehabilitation for self-service eating in institutionalized children aged 2–6 years with mental and motor retardation.
DOI: https://doi.org/10.5114/pq.2018.73367

Ziegler, M., Wollwerth de Chuquisengo, R., Mall, V. and Licata-Dandel, M., (2023).
Frühkindliche psychische Störungen: Exzessives Schreien, Schlaf- und Fütterstörungen sowie Interventionen am Beispiel des „Münchner Modells".
DOI: https://doi.org/10.1007/s00103-023-03717-0

13. Besteht Ihrer fachlichen Ansicht nach bei der unmittelbaren Anwendung der Vojta-Therapie bei Säuglingen und Kindern ein daraus folgendes Schädigungspotenzial?

13.1 Bei der Anwendung durch Physiotherapeutinnen und -therapeuten?

13.2 Bei der Anwendung durch Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige)?

13.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

Bei indikationsgerecht und lege artis durchgeführter Vojta-Therapie besteht kein Schädigungspotential. Diese Tatsache kann dadurch als belegt betrachtet werden, dass in der inzwischen 70-jährigen Geschichte der Methodik, soweit uns bekannt ist, nur bei zwei Einzelfällen ein Zusammenhang zwischen der Vojta-Therapie und einer unmittelbaren Schädigung angenommen worden ist. In beiden Fällen wurde dieser Zusammenhang – von den Autoren anerkannt – widerlegt. Herr Prof. Dr. Saternus nahm seine Publikation mit dem Ausdruck des Bedauerns zurück, in dem er einräumte, von fachlich falschen Voraussetzungen ausgegangen zu sein. (https://link.springer.com/article/10.1007/s00194-011-0795-4)

13.1
Bei einer lege artis durchgeführten Vojta Therapie durch die Physiotherapeut:innen ist kein Schädigungspotential bekannt. Von der IVG geschulte Physiotherapeut:innen werden in ihrer 8-wöchigen Weiterbildung auf eine sorgfältige und achtsame Durchführung der Vojta-Therapie trainiert. Dies erfolgt in Theorie und praktischer Durchführung der Reflexlokomotion an den Patient:innen mit verschiedenen Diagnosen unter Supervision durch die Lehrtherapeut:innen. Die Teilnehmer:innen werden in Handhabung, Anpassung der Druckintensität und Dosierung der Therapie geschult.

Die Physiotherapeut:innen werden auf verschiedene Diagnosen (Gerinnungsstörungen, Muskelerkrankungen, Osteoporose) und Medikamtenwirkungen (z.B. Steroide) hingewiesen, die besondere Sorgfalt in der Therapiedurchführung erfordern. Im Kursverlauf werden bis zu 120 Patient:innen von den Kursteilnehmern gesehen und mitbehandelt. Die Intensität der Anleitung direkt an Patient:innen ist ein Alleinstellungsmerkmal im Bereich der physiotherapeutischen Weiterbildung.

Des Weiteren umfasst die Schulung die Vermittlung der kindlichen Entwicklung, altersspezifische Verhaltensmuster und auch die Eltern-Kind Interaktion. (s. Curriculum, Anhang 1)

Darüber hinaus erfolgt in den von Physio Deutschland (Deutscher Verband für Physiotherapie e.V., ZVK) organisierten Arbeitskreisen eine weitergehende Supervision der Vojta-Therapeut:innen durch geschulte Lehrtherapeut:innen der IVG.
https://www.physio-deutschland.de/fachkreise/verbandsstruktur/arbeitsgemeinschaften/vojta.html

13.2
Eine Schädigung durch Eltern/Bezugspersonen ist uns nicht bekannt. Die Weiterbildung zum/r Vojta-Therapeut:in beinhaltet die Schulung der schrittweisen Heranführung von Bezugspersonen in der Therapiedurchführung beim Kind.
Sie erfolgt fortlaufend auch therapiebegleitend und individuell angepasst sowohl an die therapeutischen Erfordernisse, als auch an das seitens der Therapeut:innen antizipierte Potential der Bezugsperson, häusliche Therapie durchzuführen.
Den Bezugspersonen werden verschiedene Hinweise zur Interaktion und Kommunikation mit dem Kind an die Hand gegeben, um mit dem Erregungszustand v.a. eines Säuglings während der Vojta-Therapie umgehen zu können und eine bestmögliche Kooperation des Kindes zu erzielen.
Sie werden von Beginn an über die Kontraindikationen informiert und geschult, die Belastungszeichen des Kindes wahrzunehmen und adäquat darauf zu reagieren.

13.3.
Eine Evidenz zu einem Schädigungspotenzial ist nicht bekannt.
Bekannt ist, dass die Auslösung an den Zonen, über die die Reflexlokomotion nach Vojta aktiviert wird, keine Schmerzen verursachen. Ein Forschungsprojekt Sense Vojta (Büchner S et al, 2020), vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert und in Zusammenarbeit mit der Universität Siegen durchgeführt führte zur Entwicklung eines sensorischen Handschuhs, der Druckstärke und Frequenz einer intermittierenden Stimulation messen kann. Die Datenauswertung zeigte, dass sich der Druck, der für die Zonenauslösung angewendet wird, sich im nicht-schmerzhaftem Spektrum befindet.

Einzelne Berichte über Komplikationen in der Vojta-Therapie wurden, soweit bekannt, ausgewertet. s.o. Die im deutschsprachigen Raum vorliegenden Publikationen zu Schädigungen unter der Vojta-Therapie (s.o.) haben sich als nicht haltbar erwiesen.
Vojta-kritische Positionen – ohne Evidenz - werden in erster Linie im Zusammenhang mit dem Schreien bei Säuglingen während der Behandlung erwähnt.

Büchner, S.; Gibas, C.; Brück, R.; Nemcová, N.; Müller, W.; Schürholz, K. (2020)
Wearable Pressure Sensing for Vojta Therapy Guidance.

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)?

14.1 Bei der Anwendung durch Physiotherapeutinnen und -therapeuten?

14.2 Bei der Anwendung durch Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige)?

14.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

Für das Auftreten von somatischen Spätfolgen nach Anwendung der Vojta-Therapie bestehen keinerlei Hinweise.

Das Schreien des Säuglings bei Ausübung der Vojta-Therapie ist im Hinblick auf mögliche Spätfolgen von Anfang an aufmerksam betrachtet und von Kritikern der Methode als problematisch angesehen worden. Andererseits ruft die Anwendung dieses therapeutischen Verfahrens bei älteren Kindern und bei Erwachsenen keine analogen Reaktionen hervor, so dass davon ausgegangen werden kann, dass auch der Säugling unter der lege artis durchgeführten Therapie keine Schmerzen empfindet, sondern dass es sich hierbei um eine ubiquitäre Reaktion auf eine aktuell fremdartige multifaktorielle Afferenz handelt. Diese Deutung wird gestützt durch die Tatsache, dass das Schreien nach erfolgter Therapie in aller Regel sofort sistiert und die sich anschließende Interaktion mit der Bezugsperson ungestört und innig verläuft.

14.1
Bei einer seitens der Therapeut:innen, die in den interaktionellen Besonderheiten in der Ausübung dieser Behandlung unterwiesen sind, indikationsgerecht und lege artis durchgeführten Vojta-Therapie, kann davon ausgegangen werden, dass weder in somatischer, noch in psychischer und sozialer Hinsicht eine Traumatisierung erfolgt und folglich nicht mit entsprechenden Spätfolgen zu rechnen ist.
Ältere Kinder äußern nach der Vojta-Behandlung, dass sie sich beim Bewegen „leichter“ fühlen. Das positive Grundgefühl führt neben der koordinierteren Motorik zu sichtbar verbesserten kommunikativen Fähigkeiten. Regulationsstörungen werden vermindert und die kindliche Resilienz verstärkt. Dies führt dazu, dass Jugendliche und ehemals frühbehandelte Erwachsene bei auftretenden Beschwerden die Vojta-Therapie von Eltern/ Bezugspersonen bzw. Physiotherapeut:innen wieder einfordern.

14.2
Die Anwendung durch Bezugspersonen führt nicht zu nachteiligen somatischen Folgen.
Die in der Vojta-Therapie geschulten Physiotherapeut:innen supervidieren in regelmäßigen Abständen die häusliche Durchführung und passen die Therapie bei Bedarf immer wieder optimal an das Bedürfnis des Kindes und die Möglichkeiten der Bezugspersonen an.
In Bezug auf potenzielle psychische oder soziale Spätfolgen liegen nach aktuellem wissenschaftlichem Kenntnisstand ebenfalls keine Hinweise auf negative Auswirkungen vor. Studien – unter anderem von Papoušek, Thiesen-Hutter und Martínez-Fuentes – zeigen keine Beeinträchtigung der Eltern-Kind-Beziehung. Die Untersuchung von Martínez-Fuentes zur Vojta-Therapie bei Frühgeborenen

belegt eine signifikant positivere mentale und motorische Entwicklung im Vergleich zu anderen Therapieverfahren – vor allem im ersten Lebensjahr. Hinsichtlich der Bindungsqualität im Alter von 15 Monaten zeigten sich hingegen keine Unterschiede zwischen den Gruppen.
Laut M. Zieglers und S. Hommels Untersuchungen zu frühkindlichen Regulationsstörungen liegt die Prävalenz für exzessives Schreien in den ersten Lebensmonaten – je nach Falldefinition und verwendetem Erhebungsinstrument – in westlichen Industrieländern bei etwa 16 bis 29 %. Bei Persistenz der Störung und multiplen psychosozialen Belastungsfaktoren (z.B. Mangel an intuitivem Elternverhalten, elterliche psychische Erkrankung) ist das Langzeitrisiko für eine psychische Störung des späteren Kindesalters erhöht.
Psychische Störungen im frühen Kindesalter sind gemäß den Leitlinien zu psychischen Störungen im Säuglings-, Kleinkind und Vorschulalter häufig und betreffen laut verschiedener Studien 14 -25 % aller Kleinkinder (USA). 9-12 % sogar mit deutlichen Beeinträchtigungen (Egger und Angold, 2006a); 8,9 % bzw. 6,9 % der 3- bis 6-jährigen Mädchen und Jungen mit grenzwertigen und 6,9 % bzw. 3,7 % mit eindeutigen psychischen Auffälligkeiten (Deutschland; Hölling et. al. 2007, KiGGS, Bundesgesundheitsblatt, 2007; Klipker et al. 2018 Robert Koch-Institut, Berlin); 7,1 % der 4-jährigen Kinder (Norwegen; Wichstroem et al., 2012; 2014); 10,1% der 4- bis 6-jährigen Kinder (Island; Gudmundsson et al., 2012). Weitere Studien zur Prävalenz werden bei von Gontard (2019) zusammengefasst. Zudem zeigen psychische Störungen eine hohe Persistenz im Verlauf von 3 bis 6 Jahren (Bufferd et al., 2012).
Das Spektrum der möglichen Störungen erweitert sich zunehmend, je älter die Kinder sind. Ab dem Alter von ein bis zwei Jahren kommen Autismus-Spektrum-Störungen, sprachliche und kognitive Entwicklungsstörungen, Überaktivitätsstörung des Kleinkindalters, Angst- und depressive Störungen, Tic-Störungen und posttraumatische Belastungsstörungen hinzu.
Ab dem Alter von drei bis fünf Jahren ist die Bandbreite möglicher Störungen fast so groß wie bei Schulkindern und erfordert deshalb ein breites differenziertes diagnostisches Vorgehen.
Zu bedenken ist, dass Entwicklungsstörungen und potenzielle Spätfolgen bei Kindern mit Behinderung häufig durch multifaktorielle Einflüsse bedingt sind, die nicht in ursächlichem Zusammenhang mit der Vojta-Therapie stehen. Hierzu zählen unter anderem die Art und Schwere der Grunderkrankung, psychosoziale Belastungen innerhalb der Familie, eine gestörte Eltern-Kind-Interaktion, fehlende emotionale oder soziale Unterstützung sowie eingeschränkte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Diese Risikofaktoren können die psychosoziale Entwicklung nachhaltig beeinflussen, unabhängig von der therapeutischen Maßnahme selbst.
Ein direkter Zusammenhang zu somatischen psychischen und sozialen Störungen, hervorgerufen durch die Vojta-Therapie in den ersten Lebensjahren, ist nicht herzustellen und müsste bewiesen werden.

Negative Spätfolgen im Erwachsenenalter sind wissenschaftlich nicht belegt und entbehren jeglicher Evidenz.

Sarimski und Hoffmann (Sarimski et al, 1992) untersuchten mittels Fragebogen die Belastung von Eltern zerebralparetischer Kinder, die Krankengymnastik nach Vojta durchführten. In der Mehrzahl fühlen sich die befragten Eltern nicht überfordert oder stark psychisch belastet. Die subjektiv erlebte Belastung hängt stark von intra-, interpersonellen und sozial-ökonomischen Faktoren ab. Für die Belastungsbewältigung spielt die Zuversicht, kritische Situationen meistern zu können, und die Kompetenz v. a. der Mütter im Umgang mit Problemen der Kinder eine große Rolle. Einige Eltern können sich erfolgreich an die Belastung anpassen andere benötigen die Unterstützung sensibler Beratung. Die Autoren kommen zu der Schlussfolgerung, dass Psycholog:innen nicht erst in Krisensituationen hinzugezogen werden sollten, sondern, dass deren Einbeziehung von Anfang an in das Konzept der Rehabilitation behinderter Kinder und deren Familien sehr zu empfehlen ist.
Am Kinderzentrum München wurde der Thematik bereits in den 1980er Jahren auch in wissenschaftlicher Hinsicht Aufmerksamkeit gewidmet. Aus psychologischer Seite wurden Konzepte zur Unterstützung für Therapeut:innen und Bezugspersonen entwickelt, die seither in den Ausbildungsprozess der Vojta-Therapie integriert sind. Die Erfahrungen des dort maßgeblich beteiligten Psychologenteams (Jansen und Streit), das in besonderem Maß die Spezifika der Interaktionen im therapeutischen Prozess thematisierte, führte zur Etablierung eines weitergehenden Konzeptes zur Stärkung von Bindung und Beziehung.
Da wir der Auffassung sind, dass die zur Diskussion stehenden vermuteten psychischen oder sozialen Spätfolgen im Zusammenhang mit einer erfolgten Vojta-Therapie im Säuglingsalter weniger mit der Therapie an sich, sondern mit Besonderheiten in der Interaktion zwischen der Bezugsperson und dem Kind zu erklären sind, sehen wir diesen Schwerpunkt ebenfalls als bedeutungsvoll an. Eine ausführliche und weiterführende Darstellung sowie umfassende Literaturangaben dazu finden sich in der Publikation von Jansen, F. et al, 2015.

14.3
Sarimski, K.; Hoffmann, I. W. (1992).
Belastungsverarbeitung bei der Durchführung von Krankengymnastik durch die Eltern cerebralparetischer Kinder. Kindheit und Entwicklung. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie (2), S. 107–115

Leitlinien zu psychischen Störungen im Säuglings-, Kleinkind und Vorschulalter
AWMF Nr.: 028/041 Version 2.0/ update – letzte inhaltliche Überarbeitung am 03.07.2024

Ziegler, M., Hommel, S., (2025).
Frühkindliche Regulationsstörungen-Klassifikation und Diagnostik. Kinderärztliche Praxis 96,162-167 (2025) Nr.3

15. Welche psychischen Belastungen oder direkten Stressreaktionen können Ihrer fachlichen Ansicht nach bei der Durchführung der Vojta-Therapie entstehen?

15.1 Bei Säuglingen und Kindern?

15.2 Bei Bezugspersonen (z. B. Eltern, weiteren Angehörigen)?

15.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

15.1

In der Aktivierung mit der Vojta-Therapie können beim Säugling/Kind Reaktionen ausgelöst werden, die mit einer inneren Erregung, einer vermehrten Aktionsbereitschaft und entsprechenden Kreislaufanpassungen einhergehen. Dies kann sich u.a. durch Hautrötung, Erhöhung der Herzfrequenz und Schwitzen äußern.
Solche vegetativen Begleiterscheinungen sind als physiologische Reaktionen bei körperlicher oder sportlicher Aktivität allgemein bekannt und unbedenklich. Diese Erregung wird beim Säugling auch durch Schreien entäußert. Das Schreien ist in diesem Lebensalter ein wichtiges und adäquates Ausdrucksmittel der kleinen Patient:innen, um auf die ungewohnte Aktivierung durch die Reflexlokomotion zu reagieren. Da insbesondere die Vojta-Therapie in differenzierter Weise dosiert werden kann, überschreiten diese Reaktionen bei indikationsgerecht und lege artis durchgeführter Behandlung nicht das physiologisch akzeptable Maß. Nach Beendigung der therapeutischen Sequenz tritt beim Kind in der Regel eine sofortige Beruhigung ein. Die gewohnte ungestörte Interaktion besteht fort. Die durch die Therapiesequenz ausgelöste Stressreaktion des Kindes kann mit anderen alltäglichen Belastungsfaktoren verglichen werden.
Ein erhöhter Erregungszustand beeinflusst unter anderem den biochemischen Haushalt der Patient:innen und kann kurzfristig zu einem Anstieg des Stresshormons Cortisol führen. Cortisol erfüllt eine Vielzahl wichtiger physiologischer Funktionen. Es steigert kurzfristig die Energiebereitstellung, fördert die Aufmerksamkeit und unterstützt den Organismus, mit Stresssituationen umzugehen. In einer gesunden Dosierung und bei einem intakten zirkadianen Rhythmus kann Cortisol für positive Auswirkungen auf das Immunsystem und den Stoffwechsel sorgen. Die Ergebnisse der Studie „Positive upshots of cortisol in everyday life“ (Hoyt L. et al ;2016) unterstützen die sogenannte **„Cortisol-Boost-Hypothese“,** nach der zufolge Cortisol nicht ausschließlich als Stressmarker, sondern auch als adaptiver, stimmungsregulierender Faktor wirken kann.
Diese Erkenntnisse spiegeln sich in der Dosierung der Therapie wider.

15.2

Eltern sind generell belastet, wenn sie erkennen, dass ihr Kind eine abweichende Entwicklung aufweist. In der ersten Therapieeinheit werden die Eltern direkt in der Aktivierung in einer Ausgangsstellung angeleitet. Mit der aktiven Beteiligung der Eltern in der Vojta-Therapie erhalten sie eine Möglichkeit, positiv auf die Entwicklung ihres Kindes einzuwirken. Zum Teil beginnend im stationären und weiterführend im ambulanten Therapieprozess, erfahren die Eltern eine Selbstwirksamkeit, die das gesamte familiäre Gefüge positiv beeinflusst.
In dieser aktivierten Therapiesituation des Säuglings und Kindes ist eine besondere intuitive elterliche Kompetenz erforderlich. Wie schon in 15.1 erwähnt, ist das Schreien des Säuglings ein wichtiges und adäquates Ausdrucksmittel. Bei Eltern führt dies verständlicherweise zu Irritationen. Gerade in der Anfangsphase der Behandlung bedeutet dies für die Eltern eine emotionale Belastung und somit Stress. Durch die empathische Begleitung der Therapeut:innen werden die Eltern in dieser Anforderung immer sicherer und können die Situation differenzierter reflektieren und das Kind kompetent führen. Sie können die kindlichen Signale besser wahrnehmen, richtig interpretieren, prompt und angemessen darauf reagieren.
Während und nach der Therapie wird das Kind von den Eltern positiv bestärkt. Je nach Regulationsfähigkeit des Kindes ist eine Unterstützung der Eltern durch liebevollen, körperlichen Kontakt und positive sprachliche Zuwendung erforderlich und erwünscht. Diese körperliche Zuwendung und Sicherheit, die den Kindern in der Vojta-Therapie durch die Eltern entgegengebracht wird, stärkt die Eltern-Kind-Beziehung und führt zu neuen, erweiterten Erfahrungen des Kindes.

15.3

Hötting, K., Schickert, N., Kaiser, J., Röder, B. Schmidt-Kassow, M. (2016).
The Effects of Acute Physical Exercise on Memory, Peripheral BDNF, and Cortisol in Young Adults. Neural plasticity 2016, S. 6860573.
DOI: 10.1155/2016/6860573

Hoyt, L., Zeiders, K. Ehrlich, K., Adam, E. (2016). Positive upshotsof cortisol in everyday life.
DOI:10.1037/emo00000174.
Lindsay T Hoyt, Katharine H Zeiders, Katherine B Ehrlich, Emma K Adam
doi: 10.1037/emo0000174. Epub 2016 Mar 7. Positive upshots of cortisol in everyday life
PMID: 26950364 PMCID: PMC4868668DOI: 10.1037/emo0000174

Kiebzak, W.; Żurawski, A.; Głuszek, S.; Kosztołowicz, M.; Białek, WA. (2021)
Cortisol levels in infants with central coordination disorders during Vojta therapy. DOI: 10.3390/children8121113

Ludewig, A.; Mähler, C. (1999). Krankengymnastische Frühbehandlung nach Vojta oder nach Bobath: Wie wird die Mutter-Kind-Beziehung beeinflusst? DOI: 10.23668/PSYCHARCHIVES.11060.

Martínez-Fuentes, M. T., Pérez-López, J., La Brito de Nuez, A., Díaz-Herrero, Á. (2011). Terapia Vojta, desarrollo psicológico, y apego infantil en poblaciones de riesgo biológico [Vojta Therapy, mental and motor development, and infant attachment in biological risk population. AP 8 (2), S. 87–97
DOI: 10.5944/ap.8.2.192.

Papoušek, M., Schieche, M., Wurmser, H. (Hg.) (2004). Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 53 (2004) 10, S. 756-757. DOI:10.25656/01:2348

Sarimski, K.; Hoffmann, I. W. (1992)
Belastungsverarbeitung bei der Durchführung von Krankengymnastik durch die Eltern cerebralparetischer Kinder. Kindheit und Entwicklung. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie (2), S. 107-115

Strojek, K., Wójtowicz, D., Kowalska, J. (2022). Assessment of the emotional state of parents of children starting the Vojta therapy in the context of the physical activity-A pilot study. International Journal of Environmental Research and Public Health 19 (17). DOI: 10.3390/ijerph191710691.

Thiesen-Hutter, M.,
Psychologie und Neurophysiotherapie Vojtas: Gruppenvergleich zwischen frühbehandelten u. bisher unauffälligen Vorschulkindern. Stuttgart: Enke 1982, ISBN 3-432-93061-5

Thiessen-Hutter M. (1982).
Dissertationsschrift „Psychologie und Neurophysiotherapie Vojtas auf geistige Entwicklung und Verhalten.“, Enke-Verlag, Stuttgart 1982

16. Hat sich die fachliche Einschätzung hinsichtlich der psychischen Belastbarkeit von Säuglingen und Kindern sowie 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?

Das Kind mit seinem Wohlbefinden war und ist stets im zentralen Fokus der Therapie.
Insgesamt hat sich die Eltern-Kind-Beziehung von 1950 bis heute verändert, die gesellschaftlichen Gegebenheiten sind andere. In den 1950er Jahren stand eine strengere Disziplin im Vordergrund, so war ein fester Tages-Rhythmus für das Füttern, Wickeln, Schlafen, Baden und Spazieren-Gehen ganz normal. Vor diesem Hintergrund stellte die Arbeit von Dr. Václav Vojta allerdings schon einen bemerkenswerten Fortschritt dar. Entgegen der damaligen Lehrmeinung erkannte Vojta früh, dass das Verhalten und die Entwicklung von Säuglingen nicht nur reflexhaft, sondern zielgerichtet im Dienst der Orientierung, Interaktion und Kommunikation erfolgt.
Heutzutage wird viel mehr Wert auf Dialog gelegt. Eltern versuchen zunehmend, sich auf Augenhöhe mit ihren Kindern zu verständigen und ihre Gefühle zu verstehen, ernst zu nehmen und eine gemeinsame Lösung zu finden. Kinder bekommen mehr Raum, ihre eigenen Interessen und Bedürfnisse zu entwickeln.
Diese veränderte Eltern-Kind-Beziehung spiegelt sich auch in der Durchführung der Reflexlokomotion wider. Im Laufe der Jahre erfolgte zunehmend eine begleitende, fundierte, kritische Reflexion aller mit der Therapie verbundenen Belastungen der Säuglinge, Kinder sowie deren Bezugspersonen.
Die Mehrheit der Kinder und der Bezugspersonen, die in unterschiedlichen Entwicklungsphasen mit der Vojta-Therapie konfrontiert wurden, betrachten im Langzeitverlauf die Behandlungsergebnisse als außerordentlich hilfreich. Die Behandlungsperiode schätzen sie als eine anstrengende Erfahrung ein, die jedoch im Verlauf die Beziehung zwischen dem Kind und der Bezugsperson im Sinn eines zielorientierten Bündnisses eher gestärkt als geschwächt haben.
In einer Dissertationsschrift von Thiessen-Hutter, M. „Psychologie und Neurophysiotherapie Vojtas – ein Gruppenvergleich zwischen frühbehandelten und bisher unauffälligen Vorschulkindern“ erfolgte eine differenzierte Analyse von belastenden Faktoren und Bedingungen. Die angenommene Hypothese, dass bei Kindern mit länger währenden Folgen der Belastung durch die Vojta-Therapie gerechnet werden müsse, konnte nicht bestätigt werden.

Über viele Jahre hat sich die IVG mit verschiedensten psychologischen Konzepten auseinandergesetzt, um die anfordernde Therapiesituation von Kind und Eltern optimal zu gestalten. Dieses Wissen wird in den Weiterbildungskursen, Workshops und Arbeitskreisen an Physiotherapeut:innen und Ärzt:innen weitergegeben.
Zudem hat sich das Spektrum der Krankheitsbilder und damit die Anwendung der Reflexlokomotion in diesem Zusammenhang verändert.

Die verständnisvollere Reflexion des kindlichen Verhaltens und der Eltern-Kind Interaktion haben zu einer Zunahme der Achtsamkeit in der therapeutischen Herangehensweise geführt.

Fritz Jansen, Uta Streit
Fähig zum Körperkontakt
Körperkontakt und Körperkontaktstörungen – Grundlagen und Therapie – Babys, Kinder & Erwachsene – IntraActPlus-Konzept

Curriculum
zu den Weiterbildungskursen
in der Vojta Therapie

Vorwort

Siegen im April 2025

Das vorliegende Curriculum wurde vom Lehrteam der Internationalen Vojta Gesellschaft e.V. erstellt. Zu dieser Fassung aus dem Jahr 2011 stellen wir fest:

Das Curriculum hat weiterhin Gültigkeit. Aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse und Publikationen werden berücksichtigt und fortlaufend in den Unterricht eingebaut.
Teilhabeaspekte und Umweltfaktoren der Patienten spielen im Rahmen der Vojta-Kurse schon immer eine wichtige Rolle.
Durch die weite Verbreitung der ICF und ICF-CY haben die Begrifflichkeiten und Inhalte eine zusätzliche Bedeutung im Rahmen der Befundanalyse und Patientenvorstellung in unseren Kursen erhalten.

Das Curriculum dient einheitlich als Basis für den Unterricht in allen Weiterbildungsstellen der Internationalen Vojta Gesellschaft e.V. – weltweit, so wird die Qualität der Weiterbildung gleichbleibend gesichert. Hierzu trifft sich das internationale Lehrteam mit Teilnehmern aus derzeit 9 Nationen zweimal pro Jahr. Es werden Kursinhalten, Forschungsarbeiten und neue wissenschaftliche Erkenntnisse ausgetauscht und abgeglichen.

Auch wird der ärztlich theoretische Teil der Vojta-Kurse kontinuierlich an die neuesten medizinischen Erkenntnisse angepasst.

gez. Vorstand der IVG

In der Fassung von 2011 werden Personenbezeichnungen & personenbezogene Wörter in der männlichen Form verwendet.
Diese Begriffe gelten für alle Geschlechter.

Internationale Vojta Gesellschaft e.V.

Curriculum
zu den Weiterbildungskursen
in der Vojta Therapie
– Stand 2011 -

Kurs für angewandte Entwicklungskinesiologie bei bewegungsgestörten Säuglingen, Kindern und Jugendlichen nach Vojta
320 UE, davon 80UE ärztliche Theorie

Kurs für angewandte Entwicklungskinesiologie bei bewegungsgestörten Jugendlichen und Erwachsene nach Vojta
240 UE, davon 40UE ärztliche Theorie

Kurszieldefinition nach Standards und Leitlinien IVG (A3)

a) die Inhalte der Reflexlokomotion nach Vojta erklären können	Lokomotionsprinzip/Bahnungssystem
b) die Muster der idealen und pathologischen motorischen Entwicklung des Menschen kennen	Ontogenese der Aufrichtungsmechanismen Idealmotorische Entwicklung
c) den therapeutischen Fokus des Patienten erkennen, das Behandlungsprogramm darauf einstellen und verbalisieren können, ob, wie und wo der Patient unter der Aktivierung Ersatzmuster zeigt und als Therapeut damit umgehen können	Befundanalyse Therapieplanung Patientenführung
d) die Technik der Aktivierung der Reflexlokomotion beherrschen	Therapiedurchführung Patientenführung
e) Eltern oder Bezugspersonen der Patienten entsprechend anleiten können	Anleitung theoretisch und praktisch von Dritten Führung von Patienten und Bezugspersonen

0. Ebene

Lokomotionsprinzip	Ontogenese	Befund	Therapie	Anleitung Dritter/Weitervermittlung

1. Ebene

Reflexlokomotion RK, RU	Ontogenese	Befund	Therapie/Arbeitsgruppen	Anleitung Dritter/Weitervermittlung

2. Ebene

Muskuläre Analyse RK, RU. Analogien	Praktische Anwendung in den Arbeitsgruppen	Praktische Anwendung in den Arbeitsgruppen	Praktische Anwendung in den Arbeitsgruppen	Praktische Anwendung in den Arbeitsgruppen

Unterrichtsthema: Idealmotorische Entwicklung / 1. und 2. Ebene (Lernziel: Ontogenese)

Unterrichtseinheit: Ontogenese der Aufrichtungsmechanismen als artspezifische Anlage
Unterrichtsstunden: 12-18

Groblernziel: Die sensomotorische Entwicklung des Menschen bis zum Gehen kennen und erkennen.

Teillernziel	Lerninhalte / Lehrinhalte	Hinweise	Lernvoraussetzungen/ -vertiefung	Lernzielüberprüfung
Die globalen Haltungs- und Bewegungsmuster in der sensomotorischen Entwicklung erkennen und verbalisieren können. Die Inhalte des Lokomotionsprinzips in den Meilensteinen wahrnehmen bzw. wiedererkennen und in Teilen benennen können.	Die sensomotorische Entwicklung des Menschen als Reifungs- und Differenzierungsprozess erfassen. Die Existenz der globalen Muster in der idealmotorischen Ontogenese als Anlage darstellen. Mit der Arbeitshypothese zur Wirbelsäulendynamik arbeiten.	Theoretische Präsentation, Handout, Erzählstil, Erlebnisgestaltung. Die embryonale Entwicklung als Baustein sensomotorischer Entwicklung des Menschen darstellen Grundsätzliches zur artspezifischen Lokomotion ansprechen.	Literatur: * Die zerebralen Bewegungsstörungen im Säuglingsalter, Kapitel 12 V. Vojta, * Vojta Prinzip, Peters * Die Entdeckung der idealen Motorik V.Vojta/E.Schweizer * Generelle Literaturhinweise geben.	Schriftliche und mündliche Kurztests Im Rahmen der Patientenvorstellung

Weiterbildungskurse in der Vojta Therapie für Säuglinge, Kinder, Jugendliche und Erwachsene

Unterrichtsthema: Methodik der Befundanalyse vor dem Hintergrund der posturalen Ontogenese, 1./2. Ebene (Lernziel: Ontogenese und Befund)

Unterrichtseinheit: Methodik der Befunderhebung
Unterrichtsstunden: 6 – 8

Groblernziel: Spontanmotorik kinesiologisch beschreiben können.

Teillernziel	Lerninhalte / Lehrinhalte	Hinweise	Lernvoraussetzungen/ -vertiefung	Lernzielüberprüfung
Der Systematik der Lerninhalte folgen und sie wahrnehmen. Die Struktur der Befund-erhebung annehmen. Das Entwicklungsalter vor dem Hintergrund der posturalen Ontogenese ermitteln können. Die globalen Bewegungsmuster und die Bewegungsmuster in Teilen beim Erwachsenen vor dem Hintergrund der posturalen Ontogenese ermitteln können.	Darstellung der Diagnostik nach Vojta: 1. Kinesiologische Beschreibung der Spontanmotorik, 2. Posturale Entwicklung definiert durch Lagereaktionen und 3. Dynamik der neonatalen Reflexe. Beschreibung des globalen Musters in der Spontanmotorik.	Die Befundanalyse kann mit unterschiedlichen Medien erfolgen (Bilder, Video, Demonstration, Poster, etc…). Begriffsklärungen, kinematische Definitionen geben (z.B. anatomische oder biomechanische Beschreibung). (Gilt auch für das Unterrichten von Reflexkriechen, Reflexumdrehen und Ontogenese)	Praktisches Üben mit den Kursteilnehmern und Befundanalyse während der Patientenvorstellung in den verschiedenen Kurs-Modulen	Schriftlicher Test (Patientenvorstellung oder Video) Befundbogen

Fortsetzung zu Groblernziel: Spontanmotorik (Kinesiologie) beschreiben können.

	Beschreibung der konstanten Abweichungen von den Mustern der posturalen Ontogenese. Definition und Analyse der Funktionsstörung (siehe Hinweis*). Das therapeutische Ziel formulieren und festlegen (siehe Hinweis **). Diskrepanz zwischen Entwicklungsalter und Kalenderalter ermitteln können.	Hinweis auf die sozio-emotionale Interaktion und Hilfestellung zur Kommunikation geben. Auf den Übungseffekt mit den Patienten in der Arbeitsgruppe hinweisen. *Beziehung herstellen zwischen der Funktionsstörung und der posturalen Steuerung. **Zeitangabe vorgeben zur therapeutischen Zielsetzung (kurz-, mittel- und langfristig). Messinstrumente und Assessments anwenden.		

Unterrichtsthema: Reflexlokomotion nach Vojta / 1. Ebene (Lernziel: Therapie)

Unterrichtseinheit: Reflexkriechen (inkl. 1. Position)
Unterrichtsstunden: 10

Groblernziel: Das Reflexkriechen als aktivierbares Haltungs- und Bewegungsmuster erfahren und reproduzieren.

Teillernziel	Lerninhalte / Lehrinhalte	Hinweise	Lernvoraussetzungen
Ausgangsstellung und Aktivierung praktisch erfahren, wahrnehmen, interpretieren und beurteilen.	Reflexkriechen / 1. Position mit definierter Ausgangslage und -stellung. Lokalisation der Zonen und Festlegung der Druckrichtung.	Praktisches Üben mit den Kursteilnehmern. Zusammenfassung und Ordnung des Erlebten in Bezug auf motorische, sensomotorische, vegetative etc. Reaktionen. Begriffsdefinition von: Lokalen und globalen Antworten, globales Muster und Teilmuster, räumliche und zeitliche Bahnung.	Neurophysiologie (Bahnung, Summation und Verarbeitung von Reizen). Motorisches Lernen.
Ausgangslage und -stellung, Lokalisation der Zonen und Auslösung in ihren Druckrichtungen reproduzieren können.	Gesamtes Haltungs- und Bewegungsmuster des Reflexkriechens / der / 1. Position kinesiologisch beschreiben.	Ausgangsstellung als aktivierte Lage darstellen. Arbeitsgruppen bilden mit Patienten und Kursteilnehmern.	

Fortsetzung zu Groblernziel: Das Reflexkriechen als aktivierbares Haltungs- und Bewegungsmuster erfahren und reproduzieren.

Benennen der Reaktionen, die sichtbar auszulösen sind. (Kursteilnehmer und Patienten) Grifftechniken der verschiedenen Variationen des Reflexkriechens und der 1. Position reproduzieren.	Grifftechniken der verschiedenen Variationen des Reflexkriechens und der 1. Position vorstellen. Anleiten der Kursteilnehmer in der praktischen Umsetzung.	Hinweise zur sozio-emotionalen Interaktion zur Erlangung sozialer Handlungskompetenz. Kontraindikationen benennen. Im Kinderkurs Übungspuppen in verschiedenen Größen verwenden.	

Unterrichtsthema: Reflexlokomotion nach Vojta / 2. Ebene (Lernziel: Therapie/Muskuläre Analyse und Analogien)

Unterrichtseinheit: Reflexkriechen (inkl. 1. – 6. Position)

Unterrichtsstunden: 8 – 9

Groblernziel: Reflexkriechen als aktivierbares Haltungs- und Bewegungsmuster begreifen.

Teillernziel	Lerninhalte / Lehrinhalte	Hinweise	Lernvoraussetzungen
Die unterschiedliche Wirkungsweise eines Muskels im Reflexkriechen erkennen und beschreiben können.	Muskuläre Analyse des Reflexkriechens in Verbindung mit der Arbeitshypothese zur Dynamik der Wirbelsäulenbewegung darstellen.	Begriffsdefinition von Aufrichtern, Antigravitatoren, Muskelfunktionsdifferenzierung Grundlegendes zur Muskelphysiologie. Darstellung am Skelett. Sonstige Medienwahl.	Kinesiologische Inhalte des Reflexkriechens, Anatomie (Skelettmuskulatur), Muskelphysiologie
Der Teilnehmer erkennt, dass alle Teilmuster der Reflexlokomotion in der motorischen Ontogenese zu finden sind. Aktivierung der 1. Position: Unterschiede zum Reflexkriechen definieren können.	Die Teilmuster des Reflexkriechens mit den Teilmustern der ideal motorischen Ontogenese vergleichen. Vorstellung der 1. Position Ausgangsstellung, Zonen und kinesiologische Inhalte.	Die Teilmuster des Reflexkriechens in Bezug zum zeitlichen Auftreten in der motorischen Ontogenese setzen. Die Möglichkeit erkennen, den Zugang zu den globalen Mustern der posturalen Ontogenese wieder herzustellen.	

Weiterbildungskurse in der Vojta Therapie für Säuglinge, Kinder, Jugendliche und Erwachsene

---

Unterrichtsthema Reflexlokomotion nach Vojta /1. Ebene: (Lernziel: Therapie)

Unterrichtseinheit: Reflexumdrehen – als Anlage

Unterrichtsstunden: 8 – 10

Groblernziel: Reflexumdrehen als aktivierbares Haltungs- und Bewegungsmuster erfahren und reproduzieren.

Teillernziel	Lerninhalte / Lehrinhalte	Hinweise	Lernvoraussetzungen
Die Ausgangsstellung erfahren und die Aktivierung wahrnehmen und beurteilen/interpretieren (Inhaltsgleich wie Reflexkriechen).	Reflexumdrehen mit definierten Ausgangslagen und -stellungen. Rückenlage, Seitlage. Lokalisation der Brustzone und Aktivierungspunkte (Zonen aus dem Reflexkriechen) und die Druckrichtungen. Lokalisation der Führungswiderstände am Kopf	Praktisches Üben mit den Kursteilnehmern. Zusammenfassung und Ordnung des Erlebten in Bezug auf motorische, sensomotorische, vegetative etc. Reaktionen. Begriffsdefinition von: Lokalen und globalen Antworten, globales Muster und Teilmuster, räumliche und zeitliche Bahnung.	Neurophysiologie (Bahnung, Verarbeitung von Reizen (afferente und efferente Systeme) Motorisches Lernen
Ausgangslage und -stellung, Lokalisation der Aktivierungspunkte und Auslösung in ihren Druckrichtungen reproduzieren können.	Gesamtes Haltungs- und Bewegungsmuster des Reflexumdrehens kinesiologisch beschreiben.	Ausgangsstellung als aktivierte Lage. Räumliche und zeitliche Summation. Arbeitsgruppen bilden mit Patienten und Kursteilnehmern.	

Fortsetzung zu Groblernziel: Reflexumdrehen ist ein aktivierbares Bewegungsmuster

Benennen der Reaktionen, die sichtbar auszulösen sind. (Kursteilnehmer, Patienten).		Hinweise zur sozio-emotionalen Interaktion und zur Erlangung von sozialer Handlungskompetenz geben.	

Unterrichtsthema: Reflexlokomotion nach Vojta / 2. Ebene (Lernziel: Therapie, Muskuläre Analyse und Analogien)

Unterrichtseinheit: Reflexumdrehen
Unterrichtsstunden: 6 – 8

Groblernziel: Reflexumdrehen als aktivierbares Haltungs- und Bewegungsmuster begreifen.

Teillernziel	Lerninhalte / Lehrinhalte	Hinweise	Lernvoraussetzungen
Die unterschiedliche Wirkrichtung eines Muskels im Reflexumdrehen erkennen und beschreiben können. Der Teilnehmer erkennt, dass alle Teilmuster der Reflexlokomotion in der motorischen Ontogenese zu finden sind.	Muskuläre Analyse des Reflexumdrehens (Rückenlage). Die Arbeitshypothese zur Dynamik der Wirbelsäulenbewegung in der Reflexlokomotion hervorheben. Die Teilmuster des Reflexumdrehens mit den Teilmustern der ideal motorischen Ontogenese vergleichen.	Begriffsdefinition von Aufrichtern, Antigravitatoren, Muskelfunktionsdifferenzierung. Grundlegendes zur Muskelphysiologie. Besonderheiten zur autochthonen Muskulatur ausführen. Skelett als Hilfsmittel. Weitere Medien nutzen. Die Teilmuster des Reflexumdrehes in Bezug zum zeitlichen Auftreten in der motorischen Ontogenese setzen.	Kinesiologische Inhalte des Reflexumdrehens Anatomie (Skelettmuskulatur) Muskelphysiologie

Unterrichtsthema: Praktische Anwendung der Reflexlokomotion nach Vojta an verschiedenen Patienten / 1. und 2. Ebene

Unterrichtseinheit: Arbeitsgruppe Patientenbehandlung
Unterrichtsstunden: 28

Groblernziel: Praktische Anwendung des Wissens über die posturale Ontogenese, Befunderhebung, Anwendung der Reflexlokomotion an Patienten

Teillernziel	Lerninhalte / Lehrinhalte	Hinweise	Lernvoraussetzungen
Anwendung der Befundanalyse. Anwenden erlernter Grifftechniken in der Reflexlokomotion. Darstellen des Behandlungsergebnisses mittels der methodischen Befundanalyse. Optional: zur Evaluierung des Ergebnisses passende Testverfahren auswählen können.	Anwendung der methodischen Befundanalyse und der Reflexlokomotion. Kommunikation und Kooperation mit Patienten und Bezugspersonen.	Befundanalyse mittels verschiedener Medien (Bilder, Video etc.). Unterschiedliche Patienten nach Alter und Diagnose. Erarbeiten einer ökonomischen Arbeitshaltung beim Aktivieren der Reflexlokomotion (evtl. an Puppen). Hinweise zur sozio-emotionalen Interaktion. Schrittweise Anleitung von Dritten oder Bezugspersonen.	Kenntnis der globalen Muster der posturalen Ontogenese und deren zeitliches Erscheinen. Kenntnis der Muster der Reflexlokomotion. Kenntnisse über die Methodik der Befundanalyse. Kenntnisse der Grifftechniken und Umgang mit den Patienten (Interaktion, Ansprache und „Handling“)

Unterrichtsthema: Reflexlokomotion nach Vojta 1. Ebene (Lernziel: Lokomotionsprinzip, Therapie)

Unterrichtseinheit: Zonen auslösen an den Lehrtherapeuten
Unterrichtsstunden: 2 - 4

Groblernziel: Die Reflexlokomotion als aktivierbares Haltungs- und Bewegungsmuster anwenden.

Teillernziel	Lerninhalte / Lehrinhalte	Hinweise	Lernvoraussetzungen
Auslösen der Zonen Die aktivierten Reaktionen / Bewegungsmuster benennen und bewerten.	Der Teilnehmer soll praktisch und theoretisch das Reflexkriechen und Reflexumdrehen wiederholen können. Überprüfen der Zonenlokalisation, Qualität des Auslösens und ökonomische Körperhaltung des Therapeuten.	Der Lehrtherapeut überprüft, ob die Druckintensität- und Druckrichtung informativ ist, um das Muster der Reflexlokomotion aktivieren zu können und gibt Korrekturen.	Reflexkriechen und Reflexumdrehen, 1. Ebene Anwendung der Reflexlokomotion in der beruflichen Praxis.

Weiterbildungskurse in der Vojta Therapie für Säuglinge, Kinder, Jugendliche und Erwachsene

Unterrichtsthema: Reflexlokomotion nach Vojta 2.Ebene (Lernziel: Lokomotionsprinzip, Ontogenese)

Unterrichtseinheit: Reflexumdrehen und Reflexkriechen
Unterrichtsstunden: 4

Groblernziel: Reflexumdrehen und Reflexkriechen als aktivierbare Bewegungsmuster begreifen

Teillernziel	Lerninhalte / Lehrinhalte	Hinweise	Lernvoraussetzungen
Erkennen der räumlichen Ordnung der Bewegungsabläufe in der Reflexlokomotion. Die Teilmuster der Reflexlokomotion in Beziehung zu den Teilmustern der ideal motorischen Ontogenese setzen.	Das Reflexkriechen und Reflexumdrehen mit den Teilmustern der motorischen Ontogenese vergleichen als Wiederholung (siehe Hinweise).	Test mit leistungsbezogener Auswertung. Bildung einer Kleingruppe und Arbeitsaufträge geben. Die globalen Muster unterschiedlicher Krankheitsbilder vorstellen. Wenn möglich, die Spontanmotorik in Rücken- und Bauchlage, im Sitzen, im Stand und im Einbeinstand beschreiben lassen.	Kenntnis der Muster der motorischen Ontogenese. Kenntnisse der muskulären und kinesiologischen Inhalte des Reflexkriechens und Reflexumdrehens. Kenntnisse von unterschiedlichen Ersatzmustern.

Weiterbildungskurse in der Vojta Therapie für Säuglinge, Kinder, Jugendliche und Erwachsene

Unterrichtsthema: Reflexlokomotion nach Vojta /1. Ebene (Lernziel: Lokomotionsprinzip/Befund/Therapie)

Unterrichtseinheit: Reflexkriechen (inkl. 1.- 6. Position)
Unterrichtsstunden: 4 – 6

Groblernziel: Reflexkriechen und 1. Position als aktivierbare Haltungs- und Bewegungsmuster begreifen und anwenden.

Teillernziel	Lerninhalte / Lehrinhalte	Hinweise	Lernvoraussetzungen
In der Gruppenarbeit aktiviert und beschreibt der Teilnehmer die Reflexlokomotion. Der Teilnehmer lernt die Dynamik der Wirbelsäulenbewegung in der Reflexlokomotion kennen. Der Teilnehmer beginnt Unterschiede zwischen den Mustern der motorischen Ontogenese und Ersatzmustern zu erkennen und zu benennen.	Bildung von Arbeitsgruppen mit dem Auftrag das Reflexkriechen und 1. Position auszulösen. Analyse des Aktivierten. Begründete Korrektur der praktischen Demonstration an unterschiedlichen Beispielen. Arbeitshypothese zur Dynamik der Wirbelsäulenbewegung in der Reflexlokomotion vorstellen. Grundsätzliche Kenntnisse und Überlegungen zur Bahnung und den Eigenschaften der motorischen Muster (siehe: Kapitel 11)vermitteln.	Praktisches Üben mit den Kursteilnehmern Zusammenfassung und Ordnung des Erlebten in Bezug auf motorische, sensomotorische, vegetative etc. Reaktionen Begriffsdefinition von lokalen Antworten, globales Muster, Teilmuster. Ausgangsstellung als aktivierte Lage. Räumliche und zeitliche Bahnung. Arbeitsgruppen bilden mit den Kursteilnehmern.	Praktische Anwendung des Reflexkriechens und der 1. Position an verschiedenen Patienten und Analyse der aktivierten Bewegungsmuster nach dem ersten Kursteil. Empfohlen ist die tägliche Praxis.

Unterrichtsthema: Reflexlokomotion nach Vojta /2. Ebene (Lernziel: Lokomotionsprinzip/Therapie)

Unterrichtseinheit: Reflexkriechen, 1.-6. Position
Unterrichtsstunden: 4 – 6

Groblernziel: Reflexkriechen und 1. Position als aktivierbare Haltungs- und Bewegungsmuster begreifen und anwenden.

Teillernziel	Lerninhalte / Lehrinhalte	Hinweise	Lernvoraussetzungen
Zuordnen der aktivierten Teilmuster der 1. Position zum globalen Muster der 1.-6. Position Analoge und unterschiedl. kinesiologische Inhalte der 1. Position zum Reflexkriechen erarbeiten. (Transferleistung des Gelernten) Zielorientierter Behandlungsplan für die Aktivierung der 1. Position erarbeiten Transfer von den Mustern der idealmotorischen Ontogenese zur 1. Position herstellen und umgekehrt.	Die kinesiologischen Inhalte der 1./2. Position definieren und die Unterschiede zum Reflexkriechen herausarbeiten Variationen zur Ausgangs-stellung des Reflexkriechens und der 1. /2. Position demonstrieren und begründen. Unterschiede in der kinesiologischen und muskulären Aktivierung herausstellen.	Praktische Beispiele an Teilnehmern demonstrieren Kriterien zur Anwendung der 1./2. Position. Demonstration an unterschiedlichen Teilnehmern Kleingruppen bilden zum Thema 1. Position und zu den Variationen des Reflexkriechens.	Kenntnisse des Reflexkriechens und der 1. Position. Kinesiologische und muskuläre Inhalte. Kenntnisse der globalen Muster der idealmotorischen Ontogenese

Weiterbildungskurse in der Vojta Therapie für Säuglinge, Kinder, Jugendliche und Erwachsene

Unterrichtsthema: Reflexlokomotion nach Vojta/1. Ebene (Lernziel: Lokomotionsprinzip/Befund/Therapie)

Unterrichtseinheit: Reflexumdrehen (Rückenlage, Variationen in der Seitlage)
Unterrichtsstunden: 4

Groblernziel: Das Reflexumdrehen als aktivierbare Haltungs- und Bewegungsmuster begreifen und anwenden.

Teillernziel	Lerninhalte / Lehrinhalte	Hinweise	Lernvoraussetzungen
In der Gruppenarbeit aktiviert und beschreibt der Teilnehmer die Reflexlokomotion. Der Teilnehmer lernt die Dynamik der Wirbelsäulenbewegung in der Reflexlokomotion kennen. Der Teilnehmer beginnt Unterschiede zwischen den Mustern der motorischen Ontogenese und Ersatzmustern zu erkennen und zu benennen.	Bildung von Arbeitsgruppen mit dem Auftrag das Reflexumdrehen und Variationen aus der Seitenlage auszulösen. Analyse des Aktivierten. Begründete Korrektur der praktischen Demonstration an unterschiedlichen Beispielen. Arbeitshypothese zur Dynamik der Wirbelsäulenbewegung in der Reflexlokomotion vorstellen. Grundsätzliche Kenntnisse und Überlegungen zur Bahnung und den Eigenschaften der motorischen Muster (siehe: Kapitel 11).	Praktisches Üben mit den Kursteilnehmern. Zusammenfassung und Ordnung des Erlebten in Bezug auf motorische, sensomotorische, vegetative etc. Reaktionen. Begriffsdefinition von lokalen Antworten, globales Muster, Teilmuster. Ausgangsstellung als aktivierte Lage darstellen. Räumliche und zeitliche Bahnung betonen. Arbeitsgruppen bilden mit den Kursteilnehmern.	Praktische Anwendung des Reflexumdrehens an verschiedenen Patienten. Analyse der aktivierten Bewegungsmuster nach dem ersten Kursteil durchführen. Empfohlen ist die tägliche Praxis.

Weiterbildungskurse in der Vojta Therapie für Säuglinge, Kinder, Jugendliche und Erwachsene

Unterrichtsthema: Reflexlokomotion nach Vojta /2. Ebene (Lernziel: Lokomotionsprinzip, Therapie)

Unterrichtseinheit: Reflexumdrehen
Unterrichtsstunden: 4

Groblernziel: Das Reflexumdrehen als aktivierbare Haltungs- und Bewegungsmuster begreifen und anwenden.

Teillernziel	Lerninhalte / Lehrinhalte	Hinweise	Lernvoraussetzungen
Die Zonen des Reflexkriechens im Reflexumdrehen erfahren und die Aktivierung wahrnehmen, beurteilen und interpretieren.	Variationen in Seitenlage vorstellen (2. Phase, 3. Phase, 4. Phase). Es werden Zonen des Reflexkriechens im Muster des Reflexumdrehens vorgestellt als segmentale Aktivierungspunkte des Reflexumdrehens.	Praktisches Üben mit den Teilnehmern. Zuordnen des Erlebten zur Reflexlokomotion.	Reflexkriechen, 1. Position und Reflexumdrehen Ebene 1.

Weiterbildungskurse in der Vojta Therapie für Säuglinge, Kinder, Jugendliche und Erwachsene

Unterrichtsthema: Lokomotionsprinzip nach Vojta, Wirbelsäulendynamik / 2. Ebene (Lernziel: Lokomotionsprinzip, Befund und Therapie)

Unterrichtseinheit: Schrittzyklus im Krabbeln, Gehen und im Reflexkriechen
Unterrichtsstunden: 2

Groblernziel: Erkennen, dass Fortbewegung Schrittzyklen beinhaltet.

Teillernziel	Lerninhalte / Lehrinhalte	Hinweise	Lernvoraussetzungen
Existenz von 4 Schrittphasen beim Tetrapoden und im Reflexkriechen erkennen. Die Dynamik der Wirbelsäule beim Vierfüßler Gang und im Reflexkriechen erkennen.	Den Schrittzyklus im Reflexkriechen darstellen und analysieren. Die Dynamik / Krafteinwirkung bei der segmentalen Bewegung der Wirbelsäule benennen in unterschiedlichen Schrittphasen des Reflexkriechens, Vierfüßler Ganges und Gehens. Rückschlüsse von den Bewegungen der Extremitäten auf die Funktion der Wirbelsäule ziehen.	Literaturrecherche oder Literaturliste angeben. Aktuelle Untersuchungen zur Dynamik der Wirbelsäule. Evtl. filmische Darstellung. Die theoretische Präsentation im Erzählstil und bereichern mit Beispielen.	Kenntnisse von Ganganalysen. Reflexkriechen Ebene 1 und 2. Idealmotorische Entwicklung (1. und 2. Ebene) Grundsätzliches zur Lokomotion

Weiterbildungskurse in der Vojta Therapie für Säuglinge, Kinder, Jugendliche und Erwachsene

Unterrichtsthema: Reflexlokomotion nach Vojta /2. Ebene (Lernziel: Lokomotionsprinzip, Therapie, Befund)

Unterrichtseinheit: Reflexkriechen und Reflexumdrehen / Ausweichmechanismen
Unterrichtsstunden: 4

Groblernziel: Reflexumdrehen und Reflexkriechen als aktivierbare Haltungs- und Bewegungsmuster begreifen und anwenden.

Teillernziel	Lerninhalte / Lehrinhalte	Hinweise	Lernvoraussetzungen
Die Bedeutung der aktivierten Teilmuster für das globale Muster der Reflexlokomotion erkennen. Am Partner bzw. am Patienten sehen und Rückschlüsse ziehen können für die Qualität des globalen Musters der Reflexlokomotion.	Definition von Ausweichbewegungen in der Reflexlokomotion. Konsequenzen für die Therapie mit der Reflexlokomotion.	Am Teilnehmer erkennen und erspüren lassen Arbeitsgruppen bilden.	Kinesiologische und muskuläre Inhalte des Reflexkriechens und des Reflexumdrehens

Unterrichtsthema: Praktische Anwendung der Reflexlokomotion nach Vojta an verschiedenen Patienten / 1. und 2. Ebene (Lernziel: Befund und Therapie)

Unterrichtseinheit: Arbeitsgruppe Patientenbehandlung
Unterrichtseinheiten: 30

Groblernziel: Praktische Umsetzung von posturaler Ontogenese und Reflexlokomotion an Patienten

Teillernziel	Lerninhalte / Lehrinhalte	Hinweise	Lernvoraussetzungen
Höchstes globales Muster der motorischen Ontogenese am Patienten erkennen und benennen können. Die konstanten Abweichungen von der Idealität erkennen und benennen können. Eine strukturierte Untersuchung diagnosebezogen durchführen können. Den therapeutischen Fokus am Patienten erkennen und benennen können. Die Funktionsstörung benennen können. Das Nahziel der Therapie definieren können.	Praktische Anwendung der methodischen Befundanalyse und der Reflexlokomotion. Kommunikation und Kooperation mit den unterschiedlichen Patienten und Bezugspersonen. Anleitung einer Bezugsperson mit der Reflexlokomotion.	Unterschiedliche Patienten nach Alter und Diagnose. Erarbeiten einer ökonomischen Arbeitshaltung beim Aktivieren der Reflexlokomotion. Hinweise geben zur sozio-emotionalen Interaktion mit dem Ziel soziale Handlungskompetenz zu erwerben. Handlungsfelder erweitern. Die globalen Muster unterschiedlicher Krankheitsbilder vorstellen. Ziel im Zusammenhang mit Funktion und Alltag des Patienten setzen (Selbständigkeit)	Kenntnis der globalen Muster der posturalen Ontogenese und der Muster der Reflexlokomotion Methodik der Befundanalyse. Praktische Erfahrung in der Anwendung der Vojta Therapie nach den vorhergehenden Kursteilen. Täglich mehrmalige Anwendung an unterschiedlichen Patienten notwendig.

Fortsetzung zu Groblernziel: Praktische Umsetzung von posturaler Ontogenese und Reflexlokomotion an Patienten

Einen Behandlungsplan erstellen können. Die Reflexlokomotion bei unterschiedlichen Krankheitsbildern durchführen können unter Berücksichtigung des therapeutischen Fokus und des Nahziels. Zielgerichtetes, schrittweises Anwenden der Reflexlokomotion in der Anleitung von Bezugspersonen.			

Weiterbildungskurse in der Vojta Therapie für Säuglinge, Kinder, Jugendliche und Erwachsene

Unterrichtsthema: Reflexlokomotion nach Vojta/1. und 2. Ebene (Lernziel: Therapie/Ausweichmechanismen)

Unterrichtseinheit: Reflexkriechen, 1. Position, Reflexumdrehen, Variationen des Reflexkriechens und des Reflexumdrehens
Unterrichtsstunden: 15 – 25

Groblernziel: Die Reflexlokomotion als ein aktivierbares Haltungs- und Bewegungsmuster begreifen und anwenden.

Teillernziel	Lerninhalte / Lehrinhalte	Hinweise	Lernvoraussetzungen
Die Reflexlokomotion am Teilnehmer durchführen können. Am Teilnehmer benennen können, was von der Reflexlokomotion aktiviert wurde und was nicht und wo Ausweichverhalten stattgefunden hat. Der Teilnehmer soll die Dynamik der aktivierten Wirbelsäulenbewegung in der Reflexlokomotion erkennen und formulieren können. Überlegungen formulieren können, zur Optimierung des zu aktivierenden Musters der Reflexlokomotion. Praktisches Überprüfen der theoretischen Überlegungen. Evaluierung des Behandlungsergebnisses.	Gruppenarbeiten mit spezifischen Arbeitsaufträgen bilden: Die Reflexlokomotion aktivieren können. Die Arbeitshypothese zur Dynamik der Wirbelsäulenbewegung in der Reflexlokomotion vorstellen. Arbeitshypothesen formulieren können, zur Optimierung des zu aktivierenden Musters der Reflexlokomotion. Erarbeiten von Variationen in der Anwendung der Reflexlokomotion. Evaluierung des Ergebnisses.	Themen-teilige Gruppenarbeit. Test zur leistungsbezogenen Auswertung. Hinweise geben zur sozio-emotionalen Interaktion zur Erlangung von sozialer Handlungskompetenz Handlungsfelder erweitern.	Kenntnis der globalen Muster der posturalen Ontogenese und der Muster der Reflexlokomotion, Methodik der Befundanalyse, Praktische Erfahrung in der Anwendung der Vojta Therapie. Täglich mehrmalige Anwendung an unterschiedlichen Patienten notwendig.

Unterrichtsthema: Praktische Anwendung der Reflexlokomotion nach Vojta an verschiedenen Patienten / 1. und 2. Ebene (Lernziel: Befund, Therapie, Anleitung Dritter)

Unterrichtseinheit: Arbeitsgruppe Patientenbehandlung
Unterrichtsstunden: 12 – 20

Groblernziel: Praktische Umsetzung von posturaler Ontogenese und Reflexlokomotion an Patienten.

Teillernziel	Lerninhalte / Lehrinhalte	Hinweise	Lernvoraussetzungen
Höchstes globales Muster der motorischen Ontogenese am Patienten erkennen und benennen können. Die konstanten Abweichungen von der Idealität erkennen und benennen können Die Funktion der Wirbelsäule in der Spontanmotorik unterschiedlicher Patienten erkennen und benennen. Den therapeutsichen Fokus am Patienten erkennen und benennen können. Die Funktionsstörung benennen können.	Praktische Anwendung der Reflexlokomotion und methodische Befundanalyse (Controlling). Die Wirbelsäulendynamik in der Spontanmotorik und Reflexlokomotion der Patienten hervorheben und in Kontext zur Funktionsstörung setzen. Kooperation mit den unterschiedlichen Patienten und Bezugspersonen.	Unterschiedliche Patienten nach Alter und Diagnose. Erarbeiten einer ökonomischen Arbeitshaltung beim Aktivieren der Reflexlokomotion (evtl. an Puppen). Hinweise geben zur sozio emotionalen Interaktion zur Erlangung von sozialer Handlungskompetenz.	Kenntnis der globalen Muster der posturalen Ontogenese und der Muster der Reflexlokomotion. Methodik der Befundanalyse Praktische Erfahrung in der Anwendung der Vojta Therapie nach dem B-Kurs. Täglich mehrmalige Anwendung an unterschiedlichen Patienten notwendig.

Fortsetzung zu Groblernziel: Praktische Umsetzung von posturaler Ontogenese und Reflexlokomotion an Patienten.

Das Nahziel der Therapie definieren können. Einen Behandlungsplan erstellen können Die Reflexlokomotion bei Patienten mit unterschiedlichen Krankheitsbildern durchführen können unter Berücksichtigung des therapeutischen Fokus und des Nahziels. Die aktivierten Muster am Patienten erkennen und benennen können. Vorstellungen formulieren, wie das zu bahnende Muster umfangreicher aktiviert werden könnte. Praktisches Überprüfen der theoretischen Überlegungen. Zielgerichtetes Anwenden der Reflexlokomotion in der Anleitung von Bezugspersonen	Anleitung einer Bezugsperson mit der Reflexlokomotion.	Handlungsfelder erweitern Unterschiedliche Dosierung bei unterschiedlichen Krankheitsbildern diskutieren. Grenzen der Therapie, prognostische Einschätzung diskutieren. Erkennungsmerkmale aufzeigen, „Eigenübungen“ und anderweitige Therapien für die Patienten mit unterschiedlichen Krankheitsbildern diskutieren und vermitteln (Hilfsmittelversorgung).	

Ärztliche Themen - Theorieteil der Vojta Kurse:
„Kurs für angewandte Entwicklungskinesiologie bei bewegungsgestörten Säuglingen, Kindern und Jugendlichen nach Vojta“ - insgesamt 80UE

- Die neurokinesiologische Untersuchung n. Vojta im Säuglingsalter - Beurteilung der Spontanmotorik mit dem Wissen um die posturale Ontogenese
- Die neurokinesiologische Untersuchung n. Vojta im Säuglingsalter - Beurteilung der posturalen Reaktibilität mit Hilfe der Lagereaktionen
- Die neurokinesiologische Untersuchung n. Vojta im Säuglingsalter - Beurteilung der Dynamik der Rückbildung der neonatalen Reaktionen, die Zentrale Koordinationsstörung
- Die Entwicklung der pathologischen Motorik im 1. Lebensjahrntaktaufnahme zur Umwelt (Greifen, Lokomotion) aus der Sicht der posturalen Ontogenese (normal /abnormal)
- Neurophysiologische Grundlagen der Bahnung mit der Reflexlokomotion –Afferenzen
- Neurophysiologische Grundlagen der Bahnung mit der Reflexlokomotion – Efferenzen
- Bahnung in der Reflexlokomotion- Die Historie
- Pädagogische und psychologische Hilfestellung bei der Behandlung des Kindes und der Elternanleitung / Verhaltenstherapeutische Aspekte
  - Interaktion und Kommunikation
  - Hinweise und Anregungen für die Elternbegleitung
  - Umgang mit depressiven/ depressiv verstimmten und schwer erschöpften Eltern im Kontext der Vojtatherapie im Säuglings- und Kindesalter
- Das Frühgeborene – seine Besonderheiten im neonatologischen Management, in der neurologischen Diagnostik und in der Therapie
- Die Bahnung bezogen auf die Behandlung peripherer Paresen
- Genetische Entwicklungsstörungen – 1. Grundlagen und Diagnostik, 2. Versorgung und Therapien
- Neuromuskuläre Erkrankungen, ihre Differentialdiagnose und ihre Behandlung mit der Reflexlokomotion nach Vojta

- Hydrozephalus und Meningomyelozele – Diagnostik, Therapie und Prognose
- Die Behandlung kinderorthopädischer Krankheitsbilder mit der Reflexlokomotion nach Vojta
  - vertiefende Themen: Säuglingsasymmetrie, Hüftdysplasie, Skoliose
- Die Syndrome der Infantilen Zerebralparese (ICP) und ihre Bedeutung für die Behandlung
- Die Therapie der infantilen Zerebralparese (ICP)
- Epilepsie bei der ICP und ihre Bedeutung für die Behandlung
- Grenzen der Therapie

Ärztliche Themen Theorieteil im Vojta Kurs:
„Kurs für angewandte Entwicklungskinesiologie bei bewegungsgestörten Jugendlichen und Erwachsenen nach Vojta“ - insgesamt 40UE

- Die posturale Ontogenese
- Neurophysiologische Grundlagen der Bahnung (Afferenzen)
- Neurophysiologische Grundlagen der Bahnung (Efferenzen)
- Rehabilitation von Hirnverletzungen und ihre Langzeitprognose
- Erkrankungen des peripheren Nervensystems
- Die Entdeckung der Idealen Motorik: Der Weg zum „Vojta-Prinzip“
- Neurophysiologie der Lokomotion
- Die Vojta-Therapie in der Behandlung von Patienten mit Multipler Sklerose (wissenschaftliche Untersuchungen von Prof. Dr. Laufens)
- Neurodegenerative Erkrankungen (am Beispiel der Parkinsonsyndrome)

- Akute Behandlung des Schlaganfalls
  Ergänzungen aus Sicht der Vojta Therapie: Fallbeispiele aus dem Bereich der Neurologie
- Neuroorthopädie und Traumatologie, von der Diagnose bis zur Therapie
  Ergänzungen aus Sicht der Vojta-Therapie: Fallbeispiele aus dem Bereich der Traumatologie und Orthopädie
- Skoliose und deren Behandlung mit der Reflexlokomotion nach Vojta
- Assessments und Dokumentation in der Vojta-Therapie
- LOSSCI, ein Messinstrument der Lokomotionsentwicklung bei Erwachsenen

Internationale Vojta Gesellschaft e.V.

Anlage 3 – Literaturhinweise zum FRAGEBOGEN Überprüfung der Heilmittel-Richtlinie hinsichtlich der Regelung zur Krankengymnastik zur Behandlung von ZNS-Erkrankungen

Literaturliste zur Evidenz – Zusammenfassungen DE/EN im Fragebogen „Überprüfung der Heilmittel-Richtlinie hinsichtlich der Regelung zur Krankengymnastik zur Behandlung von ZNS-Erkrankungen“	*Journal / Buch* *DOI: Digital Object Identifier*
Abdelhamed, A.I., Shorouk (2024) **Efficacy of reflex locomotion therapy in improving balance and walking abilities of patients with multiple sclerosis: a systematic review** *In dieser systematischen Literaturrecherche analysierten Abdelhamed et al. (2024) die Wirksamkeit der Reflexlokomotionstherapie (RLT) bei Patienten mit Multipler Sklerose (MS). Sechs Studien mit insgesamt 353 Teilnehmern wurden ausgewertet. Die Ergebnisse zeigten, dass RLT in Kombination mit konventioneller Physiotherapie die Gleichgewichts- und Gehfähigkeiten von MS-Patienten stärker verbessern konnte als alleinige konventionelle Therapie. Im Vergleich zur Motorprogramm-Aktivierungstherapie (MPAT) war RLT jedoch nicht überlegen. Die Autoren betonen die Notwendigkeit weiterer qualitativ hochwertiger randomisierter Studien, um die Effektivität von RLT bei MS-Patienten eindeutig nachzuweisen.*	*Springer-Verlag* *DOI:* *10.1007/s00337-024-01066-w*
Akhbari Ziegler, S.; Hadders-Algra, M. (2018) **Die Theorie der Selektion neuronaler Gruppen als handlungsleitende Theorie der pädiatrischen Physiotherapie.** *Physiotherapeutische Behandlungsansätze in der Pädiatrie wurden seit jeher von den zur jeweiligen Zeit anerkannten Entwicklungstheorien abgeleitet. Die hochaktuelle "Theorie der Selektion neuronaler Gruppen" stützt sich auf neuste wissenschaftliche Erkenntnisse und liefert wertvolle Hinweise zur Gestaltung wirksamer Behandlungsansätze bei Kindern. In diesem Artikel stellen wir Ihnen die Theorie und die hieraus abgeleiteten Empfehlungen zu einer Physiotherapie vor, die vor allem die Eigenaktivität des Kindes in den Vordergrund stellt.*	*Physiotherapie, 18(5), 22-24.* *DOI:* *org/10.21256/zhaw-4891*
Angelova, G.; Skodova, T.; Prokopiusova, T.; Markova, M.; Hruskova, N.; Prochazkova, M. et al. (2020) **Ambulatory Neuroproprioceptive Facilitation and Inhibition Physical Therapy Improves Clinical Outcomes in Multiple Sclerosis and Modulates Serum Level of Neuroactive Steroids, A Two-Arm Parallel-Group Exploratory Trial**. In *dieser explorativen Zwei-Gruppen-Studie wurde der Einfluss von zwei neuropropriozeptiven physiotherapeutischen Ansätzen – der Vojta-Reflexlokomotion und der Motorprogramm-Aktivierungstherapie – auf klinische Parameter und neuroaktive Steroide bei 44 Personen mit Multipler Sklerose untersucht. Beide Gruppen absolvierten über zwei Monate hinweg ambulante Therapiesitzungen, gefolgt von einer zweimonatigen Selbsttherapiephase. Die Ergebnisse zeigten signifikante Verbesserungen in kognitiven Tests (Paced Auditory Serial Addition Test) und in der Multiple Sclerosis Impact Scale. Hinsichtlich der neuroaktiven Steroide wurden nach der Vojta-Therapie signifikante Senkungen von Cortison, 7β-OH-DHEA und 7-oxo-DHEA festgestellt, während die Motorprogramm-Aktivierungstherapie keine signifikanten Veränderungen bewirkte. Diese Befunde deuten darauf hin, dass neuropropriozeptive Therapieformen klinische Verbesserungen bei MS-Patienten fördern können, wobei die Vojta-Therapie besonders effektive hormonelle Modulationen erzielt.*	*Life (Basel, Switzerland) 10 (11).* *DOI:* *10.3390/life10110267.*

Argier, Ł. M. (2023) **The effect of Vojta therapy on gait parameters in a patient with multiple sclerosis – a case study.** *In dieser einzelfallbasierten Fallstudie (56 Jahre, EDSS 5.0) erhielt der Patient dreimal pro Woche über drei Wochen jeweils 30 Minuten Vojta-Therapie mit Schwerpunkt auf Reflexkriechen. Nach Abschluss der neun Sitzungen wurden verbesserte Gangparameter und eine stabilere Balance beobachtet. Selbst bei fortgeschrittener Multipler Sklerose kann die gezielte Anwendung von Reflexkriechen kurzfristige motorische Verbesserungen erzielen. Die Autoren empfehlen jedoch größere Studien zur Bestätigung dieser Ergebnisse.*	*phr 27 (2), S. 40–44.* *DOI:* *10.5114/phr.2023.128860.*
Büchner, S.; Gibas, C.; Brück, R.; Nemcová, N.; Müller, W.; Schürholz, K. (2020) **Wearable Pressure Sensing for Vojta Therapy Guidance**. *In dieser Pilotstudie wurde ein Sensorhandschuh zur Messung von Druck und Muskelspannung während der Vojta-Therapie entwickelt, um Eltern und Therapeut: innen objektive Rückmeldungen bei der nach lege artis durchgeführten Vojta Therapie (Reflexumdrehen und Reflexkriechen) zu geben. Dieser Handschuh unterstützt insbesondere Laien darin, den erforderlichen Druck genauer zu reproduzieren, und bietet so eine sichere und standardisierte Therapieanwendung zuhause. Der vorgestellte Handschuh ist auf die spezifischen Bedürfnisse der Vojta-Therapie zugeschnitten, z.B. Flexibilität und kleine Sensorgröße, und kann Eltern helfen, objektive Daten über ihre Therapieanwendung zu Hause zu sammeln. Er wurde in mehreren Therapiesitzungen an erwachsenen Probanden getestet und scheint ein geeignetes Hilfsmittel zu sein, zudem liefern die Ergebnisse der begleiteten Therapiesitzungen Argumente gegen die von Kritikern oft angeführte Schmerzhaftigkeit der Therapie. Die Autoren betonen, dass die Koordinationsmuster – Reflexkriechen und Reflexumdrehen – essenzielle Bausteine für Haltung und spätere autonome Bewegung enthalten.*	*Current Directions in Biomedical Engineering 6 (3), S. 87–90.* *DOI:* *10.1515/cdbme-2020-3023.*
Carratalá Tejada M et al. (2022) **„Reflex Locomotion Therapy for Balance, Gait, and Fatigue Rehabilitation in Subjects with Multiple Sclerosis“** *In dieser Studie untersuchten Maria Carratalá Tejada et al. (2022) wie sich die Reflexlokomotionstherapie (RLT) auf Gleichgewicht, Gang und Fatigue bei 23 Patient*innen mit Multipler Sklerose auswirkt. Nach der RLT-Behandlung zeigten sich signifikante Verbesserungen in den Bewertungen des Gleichgewichts (Berg Balance Scale, POMA) und der Fatigue (Fatigue Severity Scale). Instrumentelle Analysen ergaben eine signifikante Zunahme der Schrittlänge, der Gehgeschwindigkeit und des Bewegungsumfangs in Hüfte und Knie. Die Teilnehmenden berichteten zudem über eine hohe Zufriedenheit mit der Therapie.*	*mdpi.com* *DOI:* *10.3390/jcm11030567*
Czajkowska, M.; Fonfara, A.; Królak-Olejnik, B.; Michnikowski, M.; Gólczewski, T. (2019) **The impact of early therapeutic intervention on the central pattern generator in premature newborns - a preliminary study and literature review.** *Bei zwei Frühgeborenen wurde die Brustzone mittels der Vojta-Methode stimuliert. Vor und nach dieser therapeutischen Intervention wurde der intraorale Druck während des nicht-nutritiven und nutritiven Saugens gemessen. Die maximalen Unterdrücke, die während einzelner Saugvorgänge erzeugt wurden, und die Intervalle zwischen den Saugvorgängen wurden analysiert.* *Die Stimulation der Brustzone mittels der Vojta-Methode scheint keinen Einfluss auf die Dauer einzelner Saugvorgänge zu haben. Allerdings wurde bei beiden Neugeborenen eine signifikante Verbesserung der Rhythmik und Regelmäßigkeit des Saugens beobachtet* *Die Stimulation der Brustzone nach der Vojta-Methode scheint einen direkten Einfluss auf den zentralen Mustergenerator zu haben, wodurch sowohl die Rhythmik als auch die Regelmäßigkeit des nicht-nutritiven und nutritiven Saugens verbessert werden.*	*Developmental Period Medicine 23 (3), S. 178–183.* *DOI:* *10.34763/devperiodmed.20192303.178183*

Ekenberg, L. (2000) **Parent´s Experiences of Vojta Physiotherapy** *Die qualitative Studie befragte 22 Elternteile von jungen Erwachsenen mit Beeinträchtigungen zur Bedeutung der Physiotherapie im Familienalltag. Die Analyse ergab drei zentrale Beziehungsebenen zwischen Eltern und Kind, Eltern und Physiotherapeut: innen sowie Eltern und der physiotherapeutischen Praxis. Eltern fühlten sich gebraucht, kritisierten aber gleichzeitig, dass ihre Bedürfnisse und Erwartungen von den Therapeut:innen häufig nicht wahrgenommen wurden. Zudem wurde Physiotherapie von fast allen Eltern als selbstverständlich angesehen, obwohl beide Eltern – Väter und Mütter – den mangelnden Rückhalt unterschiedlich erlebten.*	*Luleá University of Technology. In: Nordisk Fysioterapi (4), S. 103–110.*
Epple, C.; Maurer-Burkhard, B.; Lichti, M.-C.; Steiner, T. (2020) **Vojta therapy improves postural control in very early stroke rehabilitation: a randomised controlled pilot trial.** *Diese randomisierte kontrollierte Pilotstudie untersuchten Corina Epple et al. (2020) die Wirksamkeit der Vojta-Therapie bei Patienten mit akutem Schlaganfall und schwerer Hemiparese innerhalb von 72 Stunden nach Symptombeginn. Die Ergebnisse zeigten, dass die Vojta-Gruppe nach 9 Tagen eine signifikante Verbesserung der Rumpfkontrolle (Trunk Control Test) um median 25,5 Punkte (25,5 %) erreichte, während die Kontrollgruppe keine signifikante Veränderung zeigte (p = 0,001). Zudem verbesserte sich die Armfunktion (p = 0,006) und der NIHSS (p=0,022) in der Vojta-Gruppe signifikant zur Kontrollgruppe, was auf das Potenzial der Vojta-Therapie als effektive Methode in der frühen Schlaganfallrehabilitation hinweist. Unerwünschte Nebenwirkungen gab es keine, somit ist die Anwendung der Therapie zu diesem frühen Zeitpunkt als sicher anzusehen.*	*Neurological Research and Practice 2, S. 23.* *DOI: 10.1186/s42466-020-00070-4.*
Giannantonio, C.; Papacci, P.; Ciarniello, R.; Tesfagabir, M. G.; Purcaro, V.; Cota, F. et al. (2010) **Chest physiotherapy in preterm infants with lung diseases**. *In dieser prospektiven Studie wurden 34 Frühgeborene (Ø 30,5 Wochen, Ø 1430 g) mit CPAP oder Sauerstofftherapie dreimal täglich mit Vojtatherapie-Reflexumdrehen behandelt ([ijponline.biomedcentral.com][1]). Direkt nach der ersten Sitzungsphase zeigten sich signifikante Anstiege der transkutanen Sauerstoffpartialdrücke ($PtcO_2$) und Sättigung ($SatO_2$), während pCO_2-Werte, Atemfrequenz und Stress-Indizes (NIPS & PIPP) unverändert blieben ([ijponline.biomedcentral.com][1]). Zudem verschlechterte sich kein Fall von intraventrikulärer Blutung oder periventrikulärer Leukenzephalopathie. **Ergebnis:** Vojta Therapie Reflexumdrehen scheint bei Frühgeborenen mit Lungenerkrankungen sicher und fördert kurzfristig die Oxygenierung, doch sind weitere Studien zu Langzeiteffekten nötig.*	*Italian Journal of Pediatrics 36, S. 65.* *DOI: 10.1186/1824-7288-36-65.*
Ha, S.-Y.; Sung, Y.-H. (2018) **Effects of Vojta approach on diaphragm movement in children with spastic cerebral palsy**. *Diese randomisierte Studie untersuchte bei zehn Kindern mit spastischer Zerebralparese, wie sich eine sechswöchige Vojta-Therapie (Reflexumdrehen und Reflexkriechen) im Vergleich zur standardisierten Physiotherapie auf die Bewegung des Zwerchfells und auf das Sitzen auswirkt. Die nach Vojta behandelte Gruppe zeigte eine signifikante Verbesserung in der Sitzfunktion (GMFM-Sitz, $p < 0,05$) und eine größere Zunahme der Zwerchfellaktivität gegenüber der Kontrollgruppe ($p < 0,05$). Dies weist darauf hin, dass der Ansatz der Vojta Therapie nicht nur die Rumpfkontrolle verbessert, sondern auch gezielt die Atembewegung durch eine verstärkte Zwerchfellbewegung stimulieren kann. Die Autoren schlussfolgern, dass die Vojta-Therapie eine effektive Behandlungsmöglichkeit für die Verbesserung der Rehabilitation im Bereich der Atmung und Motorik bei spastischer CP darstellt.*	*Journal of Exercise Rehabilitation 14 (6), S. 1005–1009.* *DOI: 10.12965/jer.1836498.249.*

Ha, S.-Y.; Sung, Y.-H. (2024) **Stimulus zones of Vojta method and trunk control in children with spastic-type cerebral palsy: A quasi-experimental pilot study.** ***Background: Vojta method improves motor function by inducing a response by pressing the stimulus zones***. *Purpose: To determine the effect of the stimulus zones on trunk muscle thickness, trunk control, trunk angle, and gross motor function in children with spastic-type cerebral palsy.* *Methods: A quasi-experimental pilot study was conducted with 19 children with spastic-type cerebral palsy divided into two groups: Vojta method group (n = 10) and general physical therapy group (n = 9). Each group underwent a 6-week intervention, and assessments were conducted to evaluate abdominal muscle thickness, trunk control, trunk angle, and gross motor function.* *Results: In the Vojta method group, the change rate in the thickness of the internal oblique and transversus abdominis increased significantly within the group (P < 0.05) and the difference (post-pre) of the transversus abdominis was higher (P < 0.05). The trunk angle increased significantly within the group when thoracic 7 and 11, lumbar 3, and sacrum 1 were supported (P < 0.05). There was a significant difference in trunk angle difference (post-pre) between groups when thoracic 11 and sacrum 1 were supported (P < 0.05). Segmental assessment of trunk control and gross motor function measure-88 scores were significantly increased within the group in all groups (P < 0.05).* *Conclusion: The stimulus zones of the Vojta method could improve trunk control in children with spastic-type cerebral palsy through intra-abdominal pressure and anti-gravity movement.*	*Journal of Bodywork and Movement Therapies 38, S. 150–154.* *DOI: 10.1016/j.jbmt.2024.01.020.*
Ha, S.-Y.; Sung, Y.-H. (2021) **Changes of Neural Pathways after Vojta Approach in a Child with Developmental Delay.** *The development of motor function is related to the development of neural pathways in the white matter. Children with developmental delay (DD) and hypotonia have reduced motor function, and their neural pathways are observed differently from those of typically developed children. We investigated changes in neural pathways through diffusion tensor imaging (DTI) after utilizing the Vojta approach. The participant was a child with DD and hypotonia, and had delayed motor function. Although he had no brain damage on magnetic resonance imaging findings, damage to the neural pathway was confirmed through DTI due to cytomegalovirus infection in the mother's womb. From 11 months of age, the Vojta approach was performed for a total of 8 months. In this study, we found that in CST, the left FA and right TV increased in follow-up DTI more than in the initial DTI. In CRP, Wallerian degeneration was observed in the left FA, MD, and TV in follow-up DTI. GMFM-88 improved after intervention. The structural change of neural pathways through the Vojta approach influenced the improvement of gross motor function. Therefore, it is thought that the Vojta approach can be suggested as a meaningful intervention for children with DD and hypotonia.*	*Children (Basel, Switzerland) 8 (10).* *DOI: 10.3390/children8100918.*
Ha, S-Y; Sung, Y-H (2022) **Vojta Approach Affects Neck Stability and Static Balance in Sitting Position of Children with Hypotonia**. *In dieser randomisierten kontrollierten Studie untersuchten die Auswirkungen der Vojta-Therapie auf die Rumpfkontrolle und das posturale Schwanken bei Kindern mit zentraler Hypotonie. Zwanzig Kinder wurden in zwei Gruppen aufgeteilt: Die Interventionsgruppe erhielt Vojta-Therapie, die Kontrollgruppe allgemeine Physiotherapie. Die Therapie fand über 6 Wochen, dreimal pro Woche für jeweils 30 Minuten statt. In der Vojta-Gruppe zeigten sich signifikante Verbesserungen in der Dicke der inneren schrägen Bauchmuskeln und des Musculus transversus abdominis, eine erhöhte Punktzahl in der segmentalen Beurteilung der Rumpfkontrolle (SATCo),*	*International Neurourology Journal 25 (Suppl 2), S90-95.* *DOI: 10.5213/inj.2142344.172.*

eine Verringerung des posturalen Schwankens und eine Verbesserung der grobmotorischen Funktion (GMFM-88) (alle p < 0,05). Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Vojta-Therapie eine wirksame Intervention zur Verbesserung der Rumpfstabilität und der grobmotorischen Fähigkeiten bei Kindern mit zentraler Hypotonie sein kann.	
Hadders-Algra, M. (2018) **Early human motor development: From variation to the ability to vary and adapt** *Diese Übersicht fasst die frühe motorische Entwicklung des Menschen zusammen. Von frühester Fetalphase an basiert das motorische Verhalten auf spontaner neuronaler Aktivität: der Aktivität von Netzwerken im Hirnstamm und Rückenmark, die durch supraspinale Aktivität moduliert wird. Die supraspinale Aktivität, die zunächst hauptsächlich durch die kortikale Subplatte und später durch die kortikale Platte hervorgerufen wird, induziert Bewegungsvariationen. Zu Beginn dienen Bewegungsvariationen vor allem der Erkundung; die damit verbundenen afferenten Informationen werden in erster Linie zur Formung des sich entwickelnden Nervensystems und weniger zur Anpassung des motorischen Verhaltens verwendet. In der nächsten Phase, die mit dem funktionsspezifischen Alter beginnt, dienen Bewegungsvariationen der Anpassung. Beim Saugen und Schlucken tritt diese Phase kurz vor dem Geburtstermin ein. Bei der Sprachentwicklung sowie der grob- und feinmotorischen Entwicklung tritt sie ab dem 3. bis 4. Lebensmonat nach der Geburt auf, d. h. wenn sich der Entwicklungsschwerpunkt in den primären sensorischen und motorischen Kortexbereichen auf die permanenten kortikalen Schaltkreise verlagert hat. Mit zunehmendem Alter und zunehmender Erforschung durch Versuch und Irrtum verbessert das Kind seine Fähigkeit, adaptive und effiziente Formen des aufrechten grobmotorischen Verhaltens, manueller Aktivitäten und Lautäußerungen in seiner Muttersprache anzuwenden.*	*Neuroscience and Biobehavioral Reviews 90, S. 411–427.* *DOI: 10.1016/j.neubiorev.2018.05.009.*
Hadders-Algra, M. (2001) **Early brain damage and the development of motor behaviour in children: clues for therapeutic intervention?** *Die Neuronale Gruppenselektionstheorie (NGST) könnte neue Einblicke in die Mechanismen liefern, die motorischen Störungen wie Zerebralparese und Entwicklungskoordinationsstörungen zugrunde liegen. Gemäß der NGST ist die normale motorische Entwicklung durch zwei Phasen der Variabilität gekennzeichnet. Die Variation ist nicht zufällig, sondern wird durch Kriterien bestimmt, die durch genetische Informationen vorgegeben sind. Die Entwicklung beginnt mit der Phase der primären Variabilität, in der die Variation des motorischen Verhaltens nicht an äußere Bedingungen angepasst ist. In funktionsspezifischen Altersstufen beginnt die sekundäre Variabilität, in der die motorische Leistung an bestimmte Situationen angepasst werden kann. In beiden Formen der Variabilität spielt die Selektion auf der Grundlage afferenter Informationen eine wichtige Rolle. Aus Sicht der NGST leiden Kinder mit prä- oder perinatal erworbenen Hirnschäden, wie Kinder mit Zerebralparese und ein Teil der Kinder mit Entwicklungskoordinationsstörungen, unter stereotypen motorischen Verhaltensweisen, die durch ein begrenztes Repertoire oder primäre (sub)kortikale neuronale Netzwerke hervorgerufen werden. Diese Kinderhaben aufgrund von Defiziten bei der Verarbeitung sensorischer Informationen auch Probleme bei der Auswahl der effizientesten neuronalen Aktivität. Daher schlägt NGST vor, dass Interventionen bei diesen Kindern in einem frühen Alter auf eine Erweiterung der primären neuronalen Netzwerke abzielen sollten. Mit zunehmendem Alter könnte sich der Schwerpunkt der Intervention auf die Bereitstellung reichhaltiger Möglichkeiten für aktives Üben verlagern, was einen Ausgleich für die beeinträchtigte Auswahl bilden könnte.*	*Neural Plasticity 8 (1-2), S. 31–49.* *DOI: 10.1155/NP.2001.31.*

Hohendahl, L.; Hohendahl, J.; Lemhöfer, C.; Best, N. (2023) **The Effect of Pediatric Physiotherapy on Positional Plagiocephaly: A Retrospective Trial.** *Diese retrospektive Studie verglich die Wirksamkeit der Vojta-Therapie mit der Bobath-Methode bei 189 Säuglingen mit lagebedingter Plagiozephalie. Die Ergebnisse zeigten, dass die Vojta-Therapie zu einer signifikant stärkeren Reduktion der Schädelasymmetrie führte, gemessen am Cranial Vault Asymmetry Index (CVAI) und dem Ohrversatz. Insbesondere bei Säuglingen im Alter von 6 bis 9 Monaten war die Verbesserung ausgeprägter. Zudem war die Behandlungsdauer in der Vojta-Gruppe signifikant kürzer, und schwerer betroffene Säuglinge profitierten deutlich mehr von dieser Therapieform. Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Vojta-Therapie eine effektivere Methode zur Behandlung der lagebedingten Plagiozephalie darstellt.*	*Phys Rehab Kur Med 33 (06), S. 344–351.* *DOI: 10.1055/a-1917-0677.*
Hok, P., Hlustik, P., 2020. **Modulation of the human sensorimotor system by afferent somatosensory input: evidence from experimental pressure stimulation and physiotherapy**. In diese Studie untersuchten Pavel Hok *und Petr Hlustik (2020) die Auswirkungen der Vojta-Therapie auf das sensormotorische System. Die Ergebnisse zeigten, dass die Therapie spezifische kortikale Aktivierungen induziert, die mit Verbesserungen in der motorischen Kontrolle verbunden sind.*	*Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub 164, 371–379.* *DOI:* *doi.org/10.5507/bp.2020.052*
Hok, P., Opavský, J., Labounek, R., Kutín, M., Šlachtová, M., Tüdös, Z., Kaňovský, P., Hluštík, P., 2019. **Differential Effects of Sustained Manual Pressure Stimulation According to Site of Action**. *Diese fMRT-Studie mit 30 gesunden Erwachsenen untersuchte die unmittelbaren Gehirnreaktionen auf eine länger andauernde Auslösung der definierten Calcaneuszone am lateraler Fersenbereich, bekannt aus der Reflexlokomotion nach Vojta,im Vergleich zu einem undiffernezeirten Kontrollstimulationspunkt am lateralen Knöchel. Die Stimmulation der definierten Zone aus der Refelxlokomotion nach Vojta führte zu deutlich verstärkter Aktivierung im contralateralen primären Motorkortex sowie einer nachhaltigen Reaktion im Pons und Kleinhirn, während die posterioren Parietalcortex-Areale gleichzeitig abgeschwächte Aktivität zeigten. Diese Befunde belegen erstmals eine neuronale Modulation über die Aktivierung der Vojta-Zonen und zeigen, dass die Stimulationsstelle (Calcaneuszone -lateraler Fersenrand- vs. Knöchel) die Form und Ausprägung der BOLD-Antwort (*) entscheidend beeinflusst. Die Vojta-Zone aktiviert spezifische kortiko-subkortikale Netzwerke, die motorische Kontrolle steuern, und legt neurophysiologische Mechanismen offen, die den therapeutischen Effekt der reflexveranlagten Lokomotion erklären.*	*Front. Neurosci. 13, 722.* *DOI:* *doi.org/10.3389/fnins.2019.00722*
Hok, P., Opavský, J., Kutín, M., Tüdös, Z., Kaňovský, P., Hluštík, P., 2017. **Modulation of the sensorimotor system by sustained manual pressure stimulation**. *In dieser randomisierten kontrollierten fMRT-Studie mit 30 gesunden Erwachsenen wurde der Einfluss einer nach Vojta definierten Stimmulation an der sogenannten Fersenzone analysiert. Die Aktivierung führte zu einer spezifischen Erhöhung der Aktivität im Gebiet der pontomedullären Formatio reticulari sowie im Bereich des Kleinhirns im Gegensatz zur Kontrollgruppe, die unspezifisch am Fuß stimmuliert wurde. Dies belegt erstmals neurologisch, dass Reflexlokomotion durch periphere Stimulation direkte kortiko-subkortikale Modulation bewirkt und neurophysiologisch relevant ist. Das Ergebnis unterstreicht, dass Vojta-Therapie ihre Wirkung über zentrale Regulationsmechanismen entfalten könnte.*	*DOI* *10.1016/j.neuroscience.2017.02.005.*

Hötting, K.; Schickert, N.; Kaiser, J.; Röder, B.; Schmidt-Kassow, M. (2016) **The Effects of Acute Physical Exercise on Memory, Peripheral BDNF, and Cortisol in Young Adults.** *In dieser randomisierten Studie lernten junge Erwachsene Vokabeln, gefolgt von 30 Minuten hochintensivem und niedrigintensivem Training oder Entspannungsphase. Das hochintensive Training erhöhte sowohl BDNF als auch Cortisol signifikant gegenüber dem Ausgangswert; 24 Stunden später vergaßen diese Teilnehmenden weniger Vokabeln als die Entspannungsgruppe. Zwar korrelierten weder BDNF noch Cortisol direkt mit dem Erinnerungsvermögen, doch suggeriert die Studie, dass intensives Training unmittelbar nach dem Lernen die Gedächtniskonsolidierung positiv beeinflussen kann.*	*Neural Plasticity 2016, S. 6860573.* *DOI: 10.1155/2016/6860573*
Hoyt, L., Zeiders, K., Ehrlich, K., Adam, E. (2016). **Positive upshots of cortisol in everyday life**. *Cortisol, the major physiological end-product of the hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis, is usually associated with stress and negative affect. However, a new body of research highlights the complex, adaptive significance of elevated cortisol within individuals in everyday life. We employed an intensive study protocol analyzing hourly diary reports of affect in relation to hourly salivary cortisol samples among 24 healthy adults from morning to bedtime, across two consecutive weekdays (n = 862 total samples). Utilizing multi-leveling modeling and focusing on within-person effects, we examined whether momentary increases in cortisol could be mood protective, or energy enhancing, in everyday life, supporting the cortisol boost hypothesis. Results revealed no significant associations between cortisol and current affective state; however, within-person increases in cortisol were significantly associated with subsequent rises in activeness, alertness, and relaxation, and trend-level reductions in stress and nervousness. This study adds to growing evidence that cortisol plays a positive role in regulating affect in everyday life.*	*Epub 2016 Mar. 7.* *DOI: 10.1037/emo0000174*
Igual Blasco, A.; Piñero Peñalver, J.; Fernández-Rego, FJ.; Torró-Ferrero, G.; Pérez-López, J. (2023) **Effects of Chest Physiotherapy in Preterm Infants with Respiratory Distress Syndrome: A Systematic Review.** *In dieser systematischen Übersichtsarbeit analysierten Igual Blasco et al. (2023) zehn Studien mit insgesamt 522 Frühgeborenen, um die Wirksamkeit und Sicherheit verschiedener physiotherapeutischer Techniken bei Atemnotsyndrom (RDS) zu bewerten. Untersuchte Methoden waren unter anderem konventionelle Physiotherapie für den Brustbereich, Stimulation der Brustzone nach Vojta, Lungenkompressionstechniken und Techniken zur Erhöhung des exspiratorischen Flusses. Alle Techniken wurden als sicher eingestuft. Besonders hervorzuheben ist, dass das Reflexumdrehen nach Vojta in vergleichenden Studien signifikante Verbesserungen der Sauerstoffsättigung (SpO_2), der Atemfrequenz (RR) und eine Verkürzung der Aufenthaltsdauer auf der neonatologischen Intensivstation (NICU) zeigte. Die Autoren empfehlen daher die Anwendung der Vojta-Therapie als effektive physiotherapeutische Maßnahme bei Frühgeborenen mit RDS.*	*Healthcare (Basel, Switzerland) 11 (8).* *DOI: 10.3390/healthcare11081091.*
Imamura, S.; Sakuma, K.; Takahashi, T. (1983) **Follow-up study of children with cerebral coordination disturbance (CCD, Vojta).** *In dieser groß angelegten klinischen Studie untersuchten Costi et al (1983) bei 2 382 Säuglingen die sieben Vojta-Lagereaktionen als Screening-Instrument zur Früherkennung neuromotorischer Auffälligkeiten. Die Autoren berichteten, dass diese Reaktionen bereits im Neugeborenenalter zuverlässig Entwicklungsstörungen anzeigen und somit eine schnelle Diagnose ermöglichen. Insbesondere bei Säuglingen mit perinatalen Risiken zeigte das Screening eine hohe Sensiibilität. Abnormale, ausbleibende oder verzögerte Reaktionen deuteten auf spätere motorische*	*Brain & Development 5 (3), S. 311–314.* *DOI: 10.1016/s0387-7604(83)80024-2.*

Auffälligkeiten hin. Diese Ergebnisse unterstützen die Anwendung der Vojta-Lagereaktionen als effektives diagnostisches Werkzeug in der Frühphase der motorischen Entwicklung.	
Fritz Jansen, Uta Streit **Fähig zum Körperkontakt, Körperkontakt und Körperkontaktstörungen – Grundlagen und Therapie – Babys, Kinder & Erwachsene – IntraActPlus-Konzept** *Die Körperkontaktstörung ist eine der am meisten übersehenen Störungen. – Dabei zeigen empirische Befunde und Erfahrungen aus der Therapiepraxis zunehmend, dass es diese Störung gibt: die Unfähigkeit von Babies und Kindern, Blick- oder Körperkontakt mit ihren Eltern aufzunehmen. – Die Befunde zeigen auch: Wenn die Fähigkeit zum Körperkontakt blockiert und damit die Bindungsfähigkeit gestört ist, steigt die Wahrscheinlichkeit von späteren Auffälligkeiten im Sozialverhalten erheblich. Und über das Sozialverhalten kann die Körperkontaktstörung Einfluss auf alle Lebensbereiche – wie etwa Spiel- und Lernverhalten, Umgang mit Gleichaltrigen oder Konfliktverhalten – nehmen, sie stellt damit eine weitflächige Bedrohung der seelischen Gesundheit dar.* *Dieses Buch ist das erste Überblickswerk zu dieser „übersehenen Störung“: ein interdisziplinäres Autorenteam (u.a. Kinderärzte, Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten) erklärt theoretische Grundinformationen, empirische Ergebnisse, praktische Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten (letztere mit einem Schwerpunkt auf verhaltenstherapeutischer, kanalspezifischer Intervention und positiver Konfrontation mit Körperkontakt) sowie ethische Aspekte.*	*Buch* *https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-642-41118-2*
Jevič, F.; Vlčková, B.; Pavliňáková, K.; Kobesová, A. (2023) **Vojta therapy is not contraindicated in pediatric hematooncology and oncology patients.** *In dieser Studie untersuchen Filip Jevič die Anwendung der Vojta-Therapie bei pädiatrischen Patienten in der Hämatologie und Onkologie. Die Ergebnisse zeigten, dass die Vojta-Therapie bei diesen Patientengruppen nicht kontraindiziert ist und sicher angewendet werden kann. Es wurden keine signifikanten Nebenwirkungen oder negativen Auswirkungen festgestellt, was darauf hindeutet, dass die Vojta-Therapie eine geeignete physiotherapeutische Intervention für Kinder mit hämatologischen und onkologischen Erkrankungen sein kann.*	*Rhebail Fyz Lek 30 (3), S. 72–78.* *DOI: 10.48095/ccrhfl202372.*
Jung, MW.; Landenberger, M.; Jung, T.; Lindenthal, T.; Philippi, H. (2017) **Vojta therapy and neurodevelopmental treatment in children with infantile postural asymmetry: a randomised controlled trial.** *In dieser randomisierten kontrollierten Studie mit 37 Säuglingen (6–8 Wochen alt) mit Haltungsasymmetrie wurde Vojta-Therapie mit anderen neuroentwicklungsorientierter Behandlungen verglichen. Beide Gruppen erreichten innerhalb von acht Wochen eine durchschnittliche Reduktion der asymmetrischen Bewertung um vier Punkte, jedoch war der Effekt in der Vojta-Gruppe signifikant stärker (Mittelwertdifferenz −2,96 Punkte zugunsten Vojta; $p < 0,05$). Die Studie zeigt, dass Eltern beide Methoden gut zu Hause anwenden können, dennoch die Vojta-Therapie wirksamer ist. Bei infantiler Haltungsasymmetrie führt Vojta-Therapie zu besseren motorischen Korrekturen als andere neuroentwicklungsorientierte Ansätze.*	*Journal of Physical Therapy Science 29 (2), S. 301–306.* *DOI: 10.1589/jpts.29.301.*
Kiebzak, W.; Żurawski, A.; Dwornik, M. (2016) **Vojta method in the treatment of developmental hip dysplasia - a case report.** *In diesem Fallbericht wurde ein Säugling mit einseitiger Hüftgelenksdysplasie sechs Wochen lang mit Vojta-Therapie einschließlich Reflex-Umdrehen und Reflexkriechen behandelt. Durch die Intervention wurde der Femurkopf erfolgreich zentriert und der Acetabulumstyp Klassifikation nach Graf von D (luxierbare Hüfte) auf IIb (leichte Dysplasie) verbessert, was auf eine beschleunigte knöcherne Entwicklung hindeutet. Die Ergebnisse legen nahe, dass die globale*	*Therapeutics and clinical risk management 12, S. 1271–1276.* *DOI: 10.2147/TCRM.S106014.*

reflexogen basierte Vojta-Therapie eine effektive Ergänzung zur orthopädischen Versorgung bei früh erkannten Hüftfehlentwicklungen darstellt. Die Autoren betonen, dass Physiotherapeut:innen fester Bestandteil des interdisziplinären Teams sein sollten, um die neuromuskuläre Koordination frühzeitig zu fördern.	
Kiebzak, W.; Żurawski, A.; Głuszek, S.; Kosztołowicz, M.; Białek, WA. (2021) **Cortisol Levels in Infants with Central Coordination Disorders during Vojta Therapy.** *Diese Studie untersuchte erstmals den Einfluss der Vojta-Therapie auf den Cortisolspiegel bei Säuglingen mit zentralen Koordinationsstörungen (ZKS). Bei 35 Frühgeborenen wurden Speichelproben vor, unmittelbar nach und 20 Minuten nach einer Vojta-Therapie-Sitzung entnommen. Die Ergebnisse zeigten signifikante Veränderungen des Cortisolspiegels zwischen den Messzeitpunkten ($p < 0,05$). Während unmittelbar nach der Therapie bei drei Kindern erhöhte Cortisolwerte festgestellt wurden, lagen die Werte 20 Minuten später bei allen Kindern unter dem Ausgangsniveau. Diese Befunde deuten darauf hin, dass die Vojta-Therapie keine anhaltende Stressreaktion auslöst und somit eine sichere physiotherapeutische Intervention für Säuglinge mit ZKS darstellt.*	*Children (Basel, Switzerland) 8 (12).* *DOI: 10.3390/children8121113*
Laufens, G.; Poltz, W.; Jügelt, E.; Prinz, E.; Reimann, G.; van Slobbe, T. (1995) **Motorische Verbesserungen durch Vojta-Physiotherapie bei Patienten mit multipler Sklerose und der Einfluß von Behandlungspositionen** *Die Studie von Laufens et al. (1995) analysierte unmittelbare und vierwöchige Langzeiteffekte der Vojta-Physiotherapie bei 46 MS-Patient:innen mittleren Behinderungsgrades, aufgeteilt in zwei Gruppen (wenige vs. verschiedene Behandlungspositionen). Unmittelbare Verbesserungen zeigten sich bei 83 % der Proband:innen, langfristig bei 80 %, mit einem Zuwachs von 4–18 % in physiologischen Tests und 1–12 % in der Testung der Muskelkraft. Die Gruppe mit variablen Positionen erreichte durchweg etwas größere Effekte und eine mittels EMG gemessene konsistentere elektromyo-graphische Aktivität. Ergebnis: Vojta-Therapie führt bei MS-Patient:innen zu sowohl sofort spürbaren als auch nachhaltigen motorischen Fortschritten, besonders unter Anwendung differenter Behandlungspositionen.*	*Phys Rehab Kur Med 05 (04), S. 115–119.* *DOI: 10.1055/s-2008-1061969.*
Laufens, G.; Poltz, W.; Prinz, E.; Reimann, G.; Schmiegelt, F. (2004) **Alternierende Laufband-Vojta-Laufband-Therapie bei stark gehbehinderten Patienten mit multipler Sklerose.** *In dieser Pilotstudie erhielten 21 MS-Patient:innen mit schwerer Gangstörung täglich je eine Einheit Laufband-Therapie (LT), Vojta-Therapie (VT) und erneut LT. Die Ergebnisse zeigen, dass nach der VT die elektromyographischen Aktivitätsprofile verstärkt sind und die zweite LT-Einheit signifikant längere Gehstrecken sowie höhere Gehgeschwindigkeit und Schrittlänge liefert ($p < 0,0001$) ([thieme-connect. Zudem verbesserte sich bei 16 von 19 untersuchten Personen die EDSS um 0,25–1 Stufe; 68 % zeigten Fortschritte in der Zerebellarfunktion und 79 % in der Muskelkraft des stärker betroffenen Beins. **Fazit:** Die Kombination von LT und VT steigert unmittelbar die Gangleistung bei Patienten mit MS und führt zu messbaren neurologischen Verbesserungen über den Therapiezeitraum.*	*Phys Rehab Kur Med 14 (3), S. 134–139.* *DOI: 10.1055/s-2003-814921.*
Laufens, G., et al.,(1998) ***Laufband- und* Vojta-Physiotherapie an ausgewählten MS-Patienten - Ein Vergleich der Soforteffekte.** *Die Studie von Laufens et al. (1998) untersuchte bei 16 MS-Patient:innen, ob eine Kombination aus Laufbandtraining und Vojta-Physiotherapie stärkere Soforteffekte erzielte als zwei reine Laufband-Einheiten. Dabei wurden deren Gehgeschwindigkeit, Schrittlänge sowie Hüft- und*	*Phys Rehab Kur Med, 1998. 9: p. 187-189.* *DOI: 10.1055/s-2008-1061840*

Kniewinkel analysiert. Die Ergebnisse zeitgen signifikante Verbesserungen nach der Vojta-Einheit, insbesondere bei stärker beeinträchtigten Patient:innen (p < 0,05). Die Kombination beider Verfahren erwies sich als wirksamer als wiederholtes Laufbandtraining allein.	
Lopez, L. P.; Palmero, N. V.; Ruano, L. G.; San Leon P. C.; Orile, P. W.; Down, A. V. et al. (2021) **The implementation of a reflex locomotion program according to Vojta produces short-term automatic postural control changes in patients with multiple sclerosis**. *Die Studie untersucht die kurzfristigen Effekte der Reflexlokomotion nach Vojta auf die automatische Haltungsregulation bei Patienten mit Multipler Sklerose. Die Ergebnisse zeigen signifikante Verbesserungen in der posturalen Kontrolle, insbesondere in der Rumpfstabilität und im Gleichgewicht nach nur einer Anwendung der Vojta-Methode. Diese Veränderungen traten unmittelbar nach der Intervention auf, was auf einen direkten Einfluss der Vojta-Therapie auf zentrale motorische Steuerungsmechanismen hinweist. Die Autoren schließen, dass die Reflexlokomotion ein vielversprechender Ansatz zur Unterstützung der Haltungsstabilität bei MS-Patienten sein kann.*	*Journal of Bodywork and Movement Therapies 26, S. 401–405.* *DOI: doi.org/10.1016/j.jbmt.2021.01.001.*
Ludewig, A.; Mähler, C. (1999) **Krankengymnastische Frühbehandlung nach Vojta oder nach Bobath: Wie wird die Mutter-Kind-Beziehung beeinflusst?** *Die Untersuchung von Ludewig & Mähler (1999) verglich die Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Beziehung bei der Durchführung der Vojta- und Bobath-Physiotherapie mit Säuglingen. Mittels Fragebogen wurden körperliche und seelische Belastungsfaktoren der Mütter sowie deren Einstellung zum Kind erfasst. Die Ergebnisse zeigten, dass insbesondere zu Beginn der Vojta-Therapie eine deutlich stärkere Belastung für die Mütter bestand während nach einer längeren Behandlungsdauer keine Unterschiede mehr zur Bobath-Methode nachweisbar waren. Die Studie empfahl daher, eine psychosoziale Begleitung für betroffene Mütter während der Physiotherapie anzubieten.*	*DOI: 10.23668/PSYCHARCHIVES.11060.*
Martínek, M.; Pánek, D.; Nováková, T.; Pavlů, D. (2022) ***Analysis of Intracerebral Activity during Reflex Locomotion Stimulation According to Vojta's Principle.*** *In dieser Studie untersuchten Martínek et al. (2022) die kortikale Aktivität während der Stimulation der Reflexlokomotion mit der Brustzone bei 17 gesunden Frauen mittels EEG und sLORETA. Während der Stimulation zeigten sich signifikante Aktivierungen in den Brodmann-Arealen 6, 7, 23, 24 und 31 in den Frequenzbändern Alpha-2, Beta-1 und Beta-2. Nach der Stimulation wurden erhöhte Aktivitäten in den Arealen 3, 4, 6 und 24 festgestellt. Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Stimulation der Reflexlokomotion nach Vojta kortikale Regionen beeinflusst, die für Bewegungsplanung und -ausführung verantwortlich sind. Somit bietet sie neurophysiologische Grundlagen für ihre Anwendung in der Neurorehabilitation.*	*Applied Sciences 12 (4), S. 2225.* *DOI: 10.3390/app12042225.*
Martínez-Fuentes, M. T.; Pérez-López, J.; La Brito de Nuez, A.; Díaz-Herrero, Á. (2011) **Terapia Vojta, desarrollo psicológico, y apego infantil en poblaciones de riesgo biológico [Vojta Therapy, mental and motor development, and infant attachment in biological risk population.** *Das Ziel dieser Arbeit war es, zu analysieren, ob es Unterschiede im Fortschritt der geistigen und motorischen Entwicklung sowie in der Qualität des Bindungsverhaltens bei Frühgeborenen gibt, wobei eine Gruppe mit Vojta-Therapie behandelt wurde, die Vergleichsgruppe erhielt andere Physiotherapieverfahren. Die Ergebnisse zeigen, dass die motorische und geistige Entwicklung in der Vojta-Gruppe signifikant besser verlief (mehr Fortschritt auf Entwicklungs-Skalen), während die Qualität der Bindung (Apego-Sicherheit) in beiden Gruppen gleich war. Damit unterstützen*	*AP 8 (2), S. 87–97* *DOI: 10.5944/ap.8.2.192.*

die Ergebnisse der Studie die Effektivität der Vojta-Therapie in der frühen motorischen und kognitiven Entwicklung. Gleichzeitig betont sie, dass diese Intervention die elterlich-kindliche Bindung nicht beeinträchtigt.	
B Maurer-Burkhard, I Smoor A von Reumont , G Deckstein , I Stierle [1] , R Rupp , C Schuld **Validity and reliability of a locomotor stage-based functional rating scale in spinal cord injury** *The objectives of this study were to apply and adapt a rating scale based on locomotor stages (LSs) derived from cerebral palsy (CP) to spinal cord injury (SCI) and to quantify its inter-rater reliability and construct validityThe 10-point LSs for CP were assessed by two raters in 65 chronic patients. Weighted Cohen's kappa (WCk) was 0.985 (P<0.0001). Only four mismatches were found, resulting in an accuracy of 93.4%. On the basis of the distribution of the LSs for CP in SCI, the five-point LOSSCI grading scale was developed. WCk of LOSSCI was 0.976 (P<0.0001). Only three mismatches between raters were found, resulting in an overall accuracy of 95.1%. The validity data sets consisted of 448 SCIM records from 161 patients obtained within the first year after injury. Spearman's correlation coefficients were the highest between LOSSCI and SCIM indoor mobility (room and toilet; R=0.82) and the lowest between LOSSCI and SCIM respiration and sphincter management (R=0.68). LOSSCI provides a reliable and valid clinical tool to assess locomotor function in SCI. LOSSCI not only reflects bipedal walking but also covers a wide range of key motor skills.*	*Spinal Cord 2016 Aug;54(8):619-25.* *Doi:* *10.1038/sc.2015.223. Epub 2016 Jan 12*
Menéndez-Pardiñas, M.; Alonso-Bidegaín, M.; Santonja-Medina, F.; Sánchez-González, J. L.; Sanz-Mengibar, J. M. (2023) **Effects of Vojta Therapy on the Motor Function of Children with Neuromotor Disorders: Study Protocol for a Randomized Controlled Trial.** *Dieser Korrigendum-Artikel bezieht sich auf eine Pilotstudie, die die unmittelbaren Auswirkungen einer einzigen Vojta-Therapie-Sitzung auf die Gangfähigkeit von Personen mit Down-Syndrom untersuchte. Die Studie umfasste 16 Teilnehmer*innen mit einem Durchschnittsalter von 17,88 ± 4,57 Jahren. Nach der Vojta-Therapie zeigten sich signifikante Verbesserungen in verschiedenen Gangparametern, darunter Gehgeschwindigkeit, Schrittlänge, Schrittdauer und Kadenz. Die Korrektur betrifft hauptsächlich die Einheitenangaben in den Tabellen und Abbildungen des ursprünglichen Artikels, wobei Zentimeter fälschlicherweise anstelle von Metern verwendet wurden. Diese Änderungen beeinflussen jedoch nicht die wissenschaftlichen Schlussfolgerungen der Studie.*	*Journal of Clinical Medicine 12 (23).* *DOI:* *10.3390/jcm12237373.*
Niethard, F. U. (1987) **Die Vorbehandlung der kongenitalen Hüftgelenksluxation mit krankengymnastischer Therapie auf neurophysiologischer Basis**. *Die prospektive Studie von Niethard (1987) untersuchte 62 Kinder mit insgesamt 73 stark kontrakten und 5 hypotonen Hüftgelenkfehlstellungen, die vor operatives Eingreifen mittels Vojta-Therapie behandelt wurden. Über fünf Jahre wurde eine Senkung der Hüftkopfnekrose-Inzidenz auf 4 % erreicht. Zudem entfiel die Notwendigkeit längerer Traktionsmaßnahmen, und nur in zwei Fällen war eine offene Reposition nötig. Die Ergebnisse belegten, dass die neurophysiologisch begründete Frühtherapie nach Vojta die operativen Risiken deutlich reduziert und die Therapieeffizienz verbessert.*	*Zeitschrift fur Orthopadie und ihre Grenzgebiete 125 (1), S. 28–34.* *DOI:* *10.1055/s-2008-1039672.*

Orth, H. (2011) **Das Kind in der Vojta-Therapie. Ein Begleitbuch für die Praxis**. *2. Aufl., [überarbeitet und aktualisiert].*	*Buch* *Elsevier Urban & Fischer. Online verfügbar unter https://swbplus.bsz-bw.de/bsz344727610cov.htm*
Papoušek, M., Schieche, M., Wurmser, H. (Hg.)(2004). **Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen**.	*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 53 (2004) 10, S. 756-757.* *DOI:10.25656/01:2348*
Papoušek, M. (1997) **Frühe Störungen der frühsprachlichen Kommunikation und Eltern-Kind-Beziehung**	*Buch* *Mechthild Papousek.* *Münsterschwarzach* *Vier-Türme-Verlag.*
Perales-López, L.; Sanz-Esteban, I.; Jiménez-Antona., C.; Serrano, J. I.; San-Martín-Gómez, A.; Vives-Gelabert, X.; Cano-de-la-Cuerda, R. (2024) **Automatic gait evoking in healthy adults through Vojta's peripheric somatosensory stimulation: a double-blind randomized controlled trial.** *In dieser doppelblinden, randomisierten Studie untersuchten Perales-López et al. (2024) die Wirkung der Vojta-Therapie auf die Auslösung des automatischen Gangs (AG) bei 120 gesunden Erwachsenen. Die Teilnehmer wurden in vier Gruppen eingeteilt: Vojta-Stimulation, MOTOMED®, Laufbandtraining und Ruhe (Kontrollgruppe). Nur die Vojta-Gruppe zeigte nach der Intervention eine signifikante AG-Aktivierung (9,0 m ± 8,9 m), während die anderen Gruppen keine Veränderungen aufwiesen. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass eine einzige Vojta-Stimulationssitzung ausreicht, um einen automatischen Gang ohne bewusste Gehaufforderung zu initiieren.*	*Journal of Neuroengineering and Rehabilitation 21 (1), S. 174.* *DOI: 10.1186/s12984-024-01470-2.*
Pérez-Robledo, F.; Sánchez-González, J. L.; Bermejo-Gil, B. M.; Llamas-Ramos, R.; Llamas-Ramos, I.; La Fuente, A. de; Martín-Nogueras, A. M. (2022) **Electromyographic Response of the Abdominal Muscles and Stabilizers of the Trunk to Reflex Locomotion Therapy (RLT). A Preliminary Study**. *Diese Studie zielt darauf ab, die muskulären Reaktionen im Bauchbereich nach der Stimulation in der ersten Phase des Reflexrollens objektiv zu bewerten, indem die Muskelaktivität in den rumpfstabilisierenden Muskeln (Rectus abdominis, Oblique obliquus externus, Oblique obliquus internus und Serratus anterior) vor, während und nach der Anwendung der RLT mit einer Oberflächen-Elektromyographie-Analyse (sEMG) dargestellt wird. Insgesamt wurde eine Stichprobe von 27 gesunden Probanden über 18 Jahren rekrutiert. Es wurde eine experimentelle Studie an einer Kohorte durchgeführt. Es wurden zwei Versuchsbedingungen berücksichtigt: Stimuli nach dem Vojta-Protokoll und eine Kontrollbedingung ohne STI. Hinsichtlich der elektrischen Muskelaktivität wurden statistisch signifikante Unterschiede in allen Muskeln während der rechtsseitigen Stimulation in der VSTI-Bedingung ($p < 0,001$), nicht aber in der Nicht-STI-Bedingung festgestellt. Der mittlere Anstieg der Muskelaktivität in der VSTI-Bedingung während der ersten Stimulation reichte von 7 % bis 20 % in den verschiedenen Bauchmuskeln. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass eine sEMG-Antwort in den Bauchmuskeln während der Stimulation des Brustbereichs, wie in der RLT beschrieben, im Vergleich zur Stimulation der nicht beschriebenen Bereiche beobachtet.*	*Journal of Clinical Medicine 11 (13).* *DOI: 10.3390/jcm11133866.*

Polczyk, A. E. (2018) **Early Use of Vojta Therapy in Children with Postural Asymmetry, at Risk of Hip Dysplasia**. *Hip dislocation occurs in 1.5% of new-born babies. Symptoms of dysplastic hip are often associated with infant's asymmetrical body posture, psychomotor delay and muscular tone dysfunction. Orthopedic devices improve the positioning of the femur head in the acetabulum but do not solve or even worsen the asymmetry, support function and muscle tonus problems. This study presents 3 patients with such symptoms who received Vojta neurophysiological stimulation as the main or supplemental treatment. The results are supported by ultrasonographic studies and evaluation of the spontaneous movements of the child in subsequent weeks of treatment. The use of the Vojta method is a useful complement to the treatment of dislocated, unstable and dysplastic hips.*	*Pediatr Ther 08 (01).* *DOI: 10.4172/2161-0665.1000339*
Ptak, A.; Dębiec-Bąk, A.; Stefańska, M. (2022) **Assessment of Viscoelastic Parameters of Muscles in Children Aged 4-9 Months with Minor Qualitative Impairment of the Motor Pattern after Vojta Therapy Implementation.** *Ptak et al. (2022) untersuchten die Wirkung der Vojta-Therapie auf die Muskelsteifigkeit bei Säuglingen mit leichten Bewegungsstörungen.Die Säuglinge wurden in zwei Gruppen eingeteilt: Gruppe 1, Säuglinge mit erhöhtem Muskeltonus, Gruppe 2, Säuglinge ohne erhöhten Muskeltonus. Nach einer Sitzung zeigte die Gruppe mit erhöhtem Muskeltonus signifikante Veränderungen viskoelastischer Parameter, während sich die Bewegungsqualität nach vier Wochen in beiden Gruppen verbesserte.*	*International Journal of Environmental Research and Public Health 19 (16).* *DOI: 10.3390/ijerph191610448.*
Ptak, A.; Dębiec-Bąk, A.; Stefańska, M. (2022) **Thermographic of the Microcirculation in Healthy Children Aged 3-10 Months as an Objective and Noninvasive Method of Assessment.** *In dieser Studie untersuchten Agnieska Ptak et al.(2022), ob die Thermografie als objektives und nicht-invasives Verfahren geeignet ist, Veränderungen der Hauttemperatur als Reaktion auf Muskelstimulation im Rahmen der Vojta-Therapie bei Säuglingen im Alter von 3 bis 10 Monaten mit leichten motorischen Auffälligkeiten zu erfassen. Die Ergebnisse zeigten, dass unmittelbar nach der ersten Therapie signifikante Veränderungen der Mikrozirkulationsparameter in den Rückenstreckermuskeln auftraten, was auf eine erhöhte lokale Durchblutung und Muskelaktivität hinweist. Diese Erkenntnisse legen nahe, dass die Thermografie ein nützliches Instrument für Physiotherapeut*innen sein kann, um muskuläre Reaktionen auf therapeutische Reize objektiv zu bewerten.*	*International Journal of Environmental Research and Public Health 19 (23).* *DOI: 10.3390/ijerph192316072.*
Pyda-Dulewicz, A. (2015) **The influence of Vojta reflex turning phase 1 on cervical range of motion in infants.** *In dieser randomisierten klinischen Studie mit 64 Säuglingen wurde die Wirkung der ersten Phase des Vojta-Reflexumdrehens auf die zervikale Beweglichkeit und Kopfhaltung untersucht. Die Ergebnisse zeigten, dass regelmäßige Anwendung dieser Technik die symmetrische Positionierung (Haltung) von Kopf und Schultern sowie den Bewegungsumfang der Halswirbelsäule deutlich verbessert ($p < 0,05$). Die frühe Anwendung des Reflexumdrehens korrelierte signifikant mit einer besseren Qualität des Saugens, was auf eine positive Beeinflussung der neurologischen und motorischen Entwicklung hindeutet. Insgesamt belegen die Daten, dass das Reflexumdrehen gezielt zur Verbesserung der Kopfkontrolle und frühen motorischen Fähigkeiten bei Säuglingen beiträgt.*	*Ann. Acad. Med. Siles. 69, S. 111–117.* *DOI: 10.18794/aams/34875*
Qian, G.; Perzanowska, E.; Kozakiewicz, M.; Ewertowska, P.; Yu, H.; Ossowski, Z. (2025) **Immediate effects of Vojta Therapy on gait ability in Down syndrome patients: a pilot study**.	*Frontiers in Neurology 15, S. 1511849.* *DOI:*

*In dieser Pilotstudie untersuchten Guoping Qian et al. (2025) die unmittelbaren Auswirkungen einer einzigen Vojta-Therapie-Sitzung auf die Gangfähigkeit bei Personen mit Down-Syndrom. Sechzehn Teilnehmer*innen (Durchschnittsalter 17,88 ± 4,57 Jahre) wurden vor und nach der Intervention hinsichtlich spatiotemporaler Gangparameter analysiert. Die Ergebnisse zeigten signifikante Verbesserungen in Gehgeschwindigkeit, Kadenz, Schrittlänge, Schrittdauer und der Zeit der doppelten Stützphase (alle P < 0,05). Diese Befunde deuten darauf hin, dass bereits eine einzelne Vojta-Therapie-Sitzung positive Effekte auf die Gangparameter bei Personen mit Down-Syndrom haben kann.*	*10.3389/fneur.2024.1511849.*
Qian, G.; Perzanowska, E.; Wilczyńska, D.; Kozakiewicz, M.; Yu, H.; Marcelina, H.; Ossowski, Z. (2025) **Exploring the impact of home-based Vojta therapy on gait performance in individuals with Down syndrome: a preliminary feasibility study.** *In dieser vorläufigen Studie untersuchte Guoping et al. (2025) die Machbarkeit und die ersten Effekte eines zweiwöchigen, häuslichen Vojta-Therapieprogramms auf die spatiotemporalen Gangparameter bei Personen mit Down-Syndrom (DS). Sechzehn Teilnehmer*innen (Durchschnittsalter 17,88 ± 4,57 Jahre) absolvierten das Programm vollständig und ohne berichtete Nebenwirkungen. Signifikante Verbesserungen wurden in Gehgeschwindigkeit, Kadenz, Schrittlänge, Schrittdauer, Schrittlänge und Einbeinstandzeit festgestellt (alle p < 0,05). Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass eine häusliche Vojta-Therapie eine praktikable und effektive Methode zur Verbesserung der Gangfunktion bei Personen mit DS sein kann*	*Frontiers in Neurology 16, S. 1537635.* *DOI: 10.3389/fneur.2025.1537635.*
Rüdeberg, A.; Donati, F.; Kaiser, G. (1995) **Psychosocial aspects in the treatment of children with myelomeningocele: an assessment after a decade.** *Die prospektive Studie von Rüdeberg, Donati & Kaiser (1995) untersuchte 107 Neugeborene mit Myelomeningozele (MMC), die zwischen 1971–1980 ohne sehr frühe Rehabilitation (Gruppe A) bzw. 1981–1992 mit enger medizinisch-physiotherapeutischer Frühbehandlung (Gruppe B) behandelt wurden. Nach 5 Jahren erreichten 100 % der Kinder aus Gruppe B eine unabhängige Fortbewegung im Vergleich zu nur 35 % in Gruppe A (P < 0,001). Orthopädische und urologische Eingriffe waren in Gruppe B signifikant reduziert (urologische OP-Rate 0,06 vs. 0,6 pro Kind; P < 0,001). Zusätzlich erreichten 76 % der Kinder in Gruppe B eine Regelschullaufbahn (vs. 54 %, P < 0,05) und 80 % erreichten soziale Kontinenz (vs. 29 %, P < 0,001). Fazit: Sehr frühe, koordinierte Rehabilitation verbessert die motorische, urologische und soziale Situation von Kindern mit MMC und reduziert psychosozialen Stress für die Betroffenen und deren Familien.*	*European Journal of Pediatrics 154 (9 Suppl 4), S85-9.* *DOI: 10.1007/BF02191514*
Sánchez-González, J.L., Díez-Villoria, E., Pérez-Robledo, F., Sanz-Esteban, I., Llamas-Ramos, I., Llamas-Ramos, R., De La Fuente, A., Bermejo-Gil, B.M., Canal-Bedia, R., Martín-Nogueras, A.M Sánchez-González et al. (2023) **Synergy of Muscle and Cortical Activation through Vojta Reflex Locomotion Therapy in Young Healthy Adults: A Pilot Randomized Controlled Trial** *In dieser Pilotstudie untersuchten Sánchez-González et al. (2023) die gleichzeitige Aktivierung von Bauchmuskulatur und motorischem Kortex bei 27 gesunden Erwachsenen während der Vojta-Therapie. Mittels Nahinfrarotspektroskopie (fNIRS) und Oberflächen-Elektromyographie (sEMG) zeigten sich von der Ausgangsphase bis zur ersten Ruhephase signifikante Erhöhungen der Sauerstoffsättigung im motorischen Kortex kontralateral zur stimulierten Seite sowie eine verstärkte Kopplung zwischen kortikaler Aktivität und Muskelaktivität während der Ruhephase nach der Stimulation. Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Vojta-Therapie sowohl kortikale als auch muskuläre Aktivierungen auslöst, was ihre potenzielle Wirksamkeit in der Neurorehabilitation unterstützt.*	*Research Gate* *DOI: 10.3390/biomedicines11123203*

J.L. Sánchez-González, I. Sanz-Esteban, M. Menéndez-Pardiñas , V. Navarro-López, J.M. Sanz-Mengíbar 2024 **Critical review of the evidence for Vojta Therapy: a systematic review and meta-analysis** *Diese systematische Übersichtsarbeit und Meta-Analyse untersuchen die Wirksamkeit der Vojta-Therapie (VT) bei verschiedenen neurologischen und nicht-neurologischen Erkrankungen im Kindes- und Erwachsenenalter. Insgesamt wurden 55 Studien qualitativ und 18 quantitativ analysiert. Bei Erwachsenen zeigte VT signifikante Verbesserungen in der kortikalen Aktivität (p = 0,0001), Muskelaktivität (p = 0,001) und im Gleichgewicht bei Personen mit Multipler Sklerose (p < 0,03). Bei pädiatrischem Patienten: innen hingegen wurden keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf grobmotorische Funktionen, Sauerstoffsättigung, Atemfrequenz, Körpergröße oder Kopfumfang festgestellt. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass VT bei Erwachsenen positive neurophysiologische Effekte haben kann, während die Evidenzlage bei Kindern uneinheitlich ist und weitere Forschung erfordert*.	*frontiersin.org* *DOI* *10.1055/a-1917-0677*
Sanz-Esteban, I., Cano-de-la-Cuerda, R., San-Martin-Gomez, A., Jimenez-Antona, C., Monge-Pereira, E., Estrada-Barranco, C., Garcia-Sanchez, P.C., Serrano, J.I., 2021. **Innate Muscle Patterns Reproduction During Afferent Somatosensory Input with Vojta Therapy in Healthy Adults. A Randomized Controlled Trial**. In dieser randomisierten kontrollierten *Studie untersuchten Ismael Sanz-Esteban et al. (2021) die Reproduktion angeborener Muster tonischer Muskelkontraktionen bei gesunden Erwachsenen während der Vojta-Therapie. Die Ergebnisse zeigten, dass spezifische sensorische Stimuli zu zusammenhängenden Muskelaktivierungsmustern führten, was die Wirksamkeit der Therapie bezogen auf die Aktivierung motorischer Programme unterstützt.*	*IEEE Trans Neural Syst Rehabil Eng 29, 2232–2241* *DOI:* *doi.org/10.1109/TNSRE.2021.3120369*
Sanz-Esteban, I., Cano-de-la-Cuerda, R., San-Martín-Gómez, A., Jiménez-Antona, C., Monge-Pereira, E., Estrada-Barranco, C., Serrano, J.I., 2021. **Cortical activity during sensorial tactile stimulation in healthy adults through Vojta therapy. A randomized pilot controlled trial.** *In dieser randomisierten kontrollierten Pilotstudie untersuchten Ismael Sanz-Esteban et a. (2021) mittels EEG die kortikale Reaktion auf eine spezifische taktile Stimulation gemäß der Vojta-Therapie bei gesunden Erwachsenen. Die Ergebnisse zeigten, dass die spezifische Stimulation im Bereich zwischen der 7. und 8. Rippe zu signifikanten Aktivierungen in den Theta-, Low-Alpha- und High-Alpha-Frequenzbändern führte, insbesondere in der supplementär-motorischen (BA6), prämotorischen (BA8), superior-parietalen (BA5, BA7) und posterioren cingulären (BA23, BA31) Kortexregion. Diese Aktivierungen traten bilateral auf und deuten auf die mögliche Aktivierung angeborener lokomotorischer Programme hin. Die Studie liefert somit erste neurophysiologische Hinweise darauf, dass die spezifische taktile Stimulation nach Vojta bei gesunden Personen kortikale Aktivierungen hervorruft, die mit motorischer Planung und Bewegungskontrolle zu assoziieren sind.*	*Neuro Engineering Rehabil 18, 13.* *DOI* *doi.org/10.1186/s12984-021-00824-4*
Sanz-Esteban, I.; Calvo-Lobo, C.; Ríos-Lago, M.; Álvarez-Linera, J.; Muñoz-García, D.; Rodríguez-Sanz, D. (2018) **Mapping the human brain during a specific Vojta's tactile input: the ipsilateral putamen's role.** *In dieser explorativen fMRT-Studie (16 gesunde Erwachsene) wurde die kortikale und subkortikale Hirnaktivität bei gezielter Vojta-Taktilstimulation (spezifischer thorakaler Punkt, 5 min Druck) verglichen mit einer nicht gezielten Stimulation am Oberschenkel. Die spezifische Vojta-Stimulation aktivierte signifikant das ipsilaterale Putamen, den Thalamus, den Hirnstamm und das anterioren Kleinhirn – Bereiche, die essenziell für motorische Kontrolle und Gleichgewicht sind. Diese Befunde zeigen erstmals neurophysiologisch, dass periphere Auslösereize nach dem Vojta-Prinzip zentrale neuronale Netzwerke modulieren und damit die Grundlage für motorische Musterbildung legen. Ergebnis: Vojta-Taktile Reize aktivieren gezielt*	*Medicine 97 (13), e0253.* *DOI:* *10.1097/MD.0000000000010253*

kortiko-subkortikale Strukturen, was die neurophysiologische Wirkung der Methode auf das Bewegungssystem untermauert.	
Sanz-Mengibar, J. M.; Menendez-Pardiñas, M.; Santonja-Medina, F. (2021) **Is the implementation of Vojta therapy associated with faster gross motor development in children with cerebral palsy?** *In dieser Studie untersuchte José Manuel Sanz Mengibar et al. (2021) ob die Anwendung der Vojta-Therapie die Entwicklung der grobmotorischen Fähigkeiten bei Kindern mit Zerebralparese beschleunigt. Sechzehn Kinder unter 18 Monaten wurden über einen Zeitraum von zwei Monaten ausschließlich mit Vojta-Therapie behandelt. Die Ergebnisse zeigten signifikante Verbesserungen in der Erwerbsrate von GMFM-88-Items ($p < 0,001$) und in den Lokomotionsstufen ($p < 0,0001$), was auf eine beschleunigte Entwicklung der grobmotorischen Funktionen hinweist. Diese Befunde deuten darauf hin, dass die Vojta-Therapie eine effektive Methode zur Förderung der motorischen Entwicklung bei jungen Kindern mit Zerebralparese sein kann.*	*Ideggyogyaszati szemle 74 (9-10), S. 329–336.* *DOI: 10.18071/isz.74.0329.*
Sarimski, K.; Hoffmann, I. W. (1992) **Belastungsverarbeitung bei der Durchführung von Krankengymnastik durch die Eltern cerebralparetischer Kinder. Kindheit und Entwicklung.** *Die qualitative Studie von Sarimski, und Hoffmann (1992) analysierte den Umgang mit der emotionalen und physischen Belastung von Eltern, während sie Krankengymnastik für ihre Kinder mit Zerebralparese durchführten. Mittels halbstrukturierten Interviews zeigte sich, dass regelmäßige Übungen besonders zu Beginn Stress und Schuldgefühle bei den Eltern auslösten, jedoch diese durch gesteigerte Selbstwirksamkeit und bessere Körperkenntnis im Verlauf gelindert wurden. Zentrale Bewältigungsstrategien umfassten emotionale Distanzierung, soziale Unterstützung und ein gezieltes Stressmanagement. Die Ergebnisse unterstreichen, dass psychoedukative Angebote und elterliche Begleitung in Therapieprozessen wesentlich sind, um chronische Belastung zu reduzieren und langfristig die Therapiequalität zu sichern.*	*Zeitschrift fur Kinder- und Jugendpsychiatrie (2), S. 107–115*
Sarimski, K.; Hoffmann, I. W. (1993) **Überfürsorglichkeit als Bewältigungsreaktion bei der Durchführung intensiver Krankengymnastik.** *25 Mütter von Kindern mit Zerebralparese, die täglich intensive Physiotherapie (Vojta) absolvierten, füllten Fragebögen zum Temperament ihres Kindes, zur Einstellung der Eltern und zum Umgang mit alltäglichen Problemen aus. Ihre Antworten wurden mit denen von Müttern verglichen, die nicht unter dem Stress der Therapie standen. Die Ergebnisse zeigten kompensatorische Bewältigungsprozesse: Mütter, die eine Therapie absolvieren, versuchen, den Stress ihres Kindes durch übermäßige Fürsorge in unklaren Alltagssituationen zu kompensieren.*	*Zeitschrift fur Kinder- und Jugendpsychiatrie 21 (2), S. 109–114*
Skaličková-Kováčiková, V. (2017) **Diagnostika a fyzioterapie hybných poruch dle Vojty** *Dieses Buch befasst sich mit der Diagnose und Behandlung motorischer Störungen bei Kindern mithilfe des Vojta-Prinzips. Es ist für Fachpersonal konzipiert, das mit der Indikation und Anwendung dieser Methode befasst ist.*	*Buch* *První vydání. Olomouc: RL-CORPUS, s.r.o.*
Skaličková-Kováčiková, V. (2020) **Vojtova metoda není jen technika : vedení fyzioterapie dětského pacienta Vojtovou metodou** *Diese Publikation bietet praktische Einblicke in die Anwendung der Vojta-Methode in der täglichen physiotherapeutischen Arbeit mit Kindern. Sie richtet sich an Absolventinnen entsprechender Fachkurse sowie an Therapeutinnen mit Interesse an kindlicher Neurorehabilitation.*	*praktické zkušenosti / Věra Skaličková-Kováčiková.* *První vydání. Olomouc: RL-CORPUS s.r.o.*

Strojek, K.; Wójtowicz, D.; Kowalska, J. (2022) **Assessment of the Emotional State of Parents of Children Starting the Vojta Therapy in the Context of the Physical Activity-A Pilot Study.** *Diese Pilotstudie untersuchte den emotionalen Zustand von Eltern, deren Kinder mit zentralen Koordinationsstörungen (ZKS) eine Vojta-Therapie beginnen, und analysierte den Einfluss der elterlichen körperlichen Aktivität auf Stress, Angst, Stimmung und Lebenszufriedenheit. Die Studie umfasste 68 Eltern (37 Mütter, 31 Väter) von Kindern im Alter von 1,5 bis 9 Monaten. Es zeigte sich, dass 84 % der Mütter und 77 % der Väter ein hohes Maß an wahrgenommenem Stress aufwiesen. Signifikante Unterschiede zwischen Müttern und Vätern wurden hinsichtlich Angstniveau und Lebenszufriedenheit festgestellt. Bei körperlich aktiven Müttern waren Stress und Angst signifikant niedriger, während bei aktiven Vätern Stimmung und Lebenszufriedenheit signifikant höher waren. Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass körperliche Aktivität ein wirksames Mittel zur Verbesserung des psychischen Wohlbefindens von Eltern in belastenden Situationen wie der Therapie ihres Kindes sein kann.*	*International Journal of Environmental Research and Public Health 19 (17).* *DOI: 10.3390/ijerph191710691.*
Sung, Y.-H.; Ha, S.-Y. (2020) **The Vojta approach changes thicknesses of abdominal muscles and gait in children with spastic cerebral palsy: A randomized controlled trial, pilot study.** *In dieser Pilotstudie untersuchten Yun-Hee Sung und Sun-Young Ha (2020) wie sich die Vojta-Methode auf die Dicke der Bauchmuskulatur bei gesunden Personen auswirkt. Die Ergebnisse zeigten signifikante Veränderungen in der Muskelstruktur, was auf eine Aktivierung der tiefen Bauchmuskulatur hinweist.*	*Technology and Health Care: Official Journal of the European Society for Engineering and Medicine 28 (3), S. 293–301.* *DOI: 10.3233/THC-191726*
Thiesen-Hutter, M. (1982) **Psychologie und Neurophysiotherapie Vojtas. Ein Gruppenvergleich zwischen frühbehandelten und bisher unauffälligen Vorschulkindern.** *u.d.T.: Thiesen-Hutter, M.* **Auswirkungen der Neurophysiotherapie Vojtas auf geistige Entwicklung und Verhalten.** *Maren Thiesen-Hutter (1982) verglich 88 als Säuglinge mit der Vojtatherapie behandelte mit 88 unbehandelten Vorschulkindern mittels Fragebögen zu Angstverhalten und Erziehungsstil. Die Untersuchung zeigte, dass behandelte Kinder im Alter von 4–5 Jahren keine höheren Ängstlichkeits- oder Kontaktstörungen zeigten als ihre Vergleichsgruppe. Auffällig war jedoch ein autoritärer Erziehungshintergrund bei den Eltern der Vojta-Kinder, während die Kontrolleltern mehr demokratische oder überbehütende Haltungen aufwiesen. Insgesamt kam die Autorin zu dem Schluss: Aus psychologischer Sicht verursacht die frühzeitig angewandte Vojta-Therapie keine negativen Folgen bei den Kindern.*	*Köln, Univ., Diss., 1982* *Stuttgart: Enke.*

Torró-Ferrero, S., Fernández-Rego, F.J., Jiménez-Liria, M.R., Agüera-Arenas, J.J., Piñero- Piñero, J., del Mar Sánchez-Joya, M., Fernández-Berenguer, M. J., Rodríguez-Pérez, M., Gomez-Conesa, A. (2022) **Effect of physical therapy on bone remodelling in preterm infants: a multicenter randomized controlled clinical trial.** *Ziel der vorliegenden Studie war es, die Wirkung der Reflex-Lokomotionstherapie auf die Knochenmodellierung und das Wachstum von Frühgeborenen zu untersuchen und ihre Wirkung mit der von anderen Physiotherapiemodalitäten zu vergleichen. Es wurde eine multizentrische randomisierte kontrollierte klinische Studie durchgeführt (02/2016 - 07/2020). 106 Frühgeborene, die im Virgen de la Arrixaca University Clinical Hospital, the General University Hospital of Elche and the Torrecárdenas University Hospital of Almería geboren wurden, wurden zwischen 26 und 34 Wochen mit hämodynamischer Stabilität, vollständiger enteraler Ernährung und ohne metabolische, angeborene, genetische, neurologische oder respiratorische Störungen in die Studie aufgenommen. Die Säuglinge wurden nach dem Zufallsprinzip drei Gruppen zugeteilt: Eine Gruppe erhielt eine Reflexlokomotionstherapie (EGrlt), eine andere Gruppe erhielt passive Mobilisationen mit sanfter Gelenkkompression (EGpmc) und die Kontrollgruppe erhielt eine Massage (CG). Alle Behandlungen wurden auf der Neugeborenenstation durchgeführt und dauerten einen Monat. Der Haupterfolgsmaßstab war die Knochenbildung und -resorption, die mit Knochenbiomarkern gemessen wurde. Eine gemischte ANOVA wurde verwendet, um die Ergebnisse der Knochenbiomarker und der anthropometrischen Messungen zu vergleichen.* *Die Säuglinge wurden randomisiert EGrlt (n = 38), EGpmc (n = 32) und CG (n = 36) zugeteilt. Alle Gruppen waren hinsichtlich des Geschlechts (p = 0,891 weiblich 47,2 %), des Gestationsalters (M = 30,753, SD = 1,878, p = 0,39) und des Geburtsgewichts (M = 1413,45, SD = 347,36, p = 0,157) ähnlich. Am Ende der Studie wurden signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen in ihrer Interaktion bei der Knochenbildung, gemessen mit Osteocalcin [F (2,35) = 4,92, p = 0,013, ηp2 = 0,043], zugunsten der EGrlt festgestellt.* *Die Reflexlokomotionstherapie hat sich bei der Verbesserung des Knochenaufbaus als wirksamer erwiesen als andere physiotherapeutische Maßnahmen. Daher könnte die Reflex-Lokomotionstherapie als eine der wirksamsten physiotherapeutischen Maßnahmen zur Prävention und Behandlung von Osteopenie bei Frühgeborenen angesehen werden.*	*BMC Pediatrics 22(1):362* *DOI: 10.1186/s12887-022-03402-2*
Trafalska, A.; Paprocka-Borowicz, M. (2025) **The Role of the Vojta Method in Diagnosing and Enhancing Motor Skills in Preterm Infants: A Prospective Open-Label Controlled Study.** *In dieser prospektiven, offenen Kontrollstudie untersuchten Trafalska und Paprocka-Borowicz (2025) die Auswirkungder Vojta-Methode auf die Verbesserung spontaner motorischer Fähigkeiten und die Verringerung abnormaler Lagereaktionen bei Frühgeborenen. 200 Kinder wurden in vier Gruppen eingeteilt: extrem frühgeboren (≤29 Schwangerscaftswochen), sehr frühgeboren (30–33 SSW), spätes Frühgeborenenalter (34–37 SSW) und eine Kontrollgruppe termingeborener Kinder mit zentralen Koordinationsstörungen. Die Vojta-Diagnostik wurde innerhalb der ersten sechs Lebensmonate durchgeführt, gefolgt von Nachuntersuchungen nach drei und sechs Monaten. Die Ergebnisse zeigten signifikante Verbesserungen in allen Gruppen, insbesondere bei Kindern, die nach der 34. Schwangerschaftswoche geboren wurden. Die Autoren schließen daraus, dass die Vojta-Methode ein wertvolles Instrument für die frühzeitige Diagnose und Intervention bei Entwicklungsverzögerungen sowohl bei Früh- als auch bei Termingeborenen ist.*	*Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research 31, e945495.* *DOI: 10.12659/MSM.945495.*

Ungureanu, A.; Rusu, L.; Rusu, M. R.; Marin, M. I. (2022*)* **Balance Rehabilitation Approach by Bobath and Vojta Methods in Cerebral Palsy: A Pilot Study.** *In dieser Pilotstudie untersuchten Andrea Ungureanu et al. die Auswirkungen eines kombinierten Rehabilitationsprogramms aus Vojta- und Bobath-Therapie auf das Gleichgewicht von Kindern mit Zerebralparese. Zwölf Kinder im Alter von durchschnittlich 7 ± 3,28 Jahren erhielten über sechs Monate hinweg fünfmal pro Woche eine 90-minütige Therapieeinheit, bestehend aus 20 Minuten Vojta-Therapie, einer 10-minütigen Pause und 60 Minuten Bobath-Übungen. Die Ergebnisse zeigten eine signifikante Verbesserung der Gleichgewichtsfähigkeit, gemessen mit der Berg Balance Scale, mit einem Fortschritt von 32,35 % (p = 0,0001). Zudem wurde eine statistisch signifikante Reduktion der asymmetrischen Gewichtsverteilung zwischen den unteren Extremitäten festgestellt, mit einer Verbesserung von 10,36 % auf der rechten Seite (p = 0,027). Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Kombination beider Methoden effektiv zur Verbesserung der posturalen Kontrolle bei Kindern mit Zerebralparese beitragen kann.*	*Children (Basel, Switzerland) 9 (10).* *DOI: 10.3390/children9101481.*
Vlckova, B.; Halámaka, J.; Müller, M.; Sanz-Mengibar J.M.; Safárova, M. (2024). **Can clinical assessment of postural control explain locomotive body function, mobility, self-care and participation in children with cerebral palsy?** *Trunk control may influence self-care, mobility, and participation, as well as how children living with cerebral palsy (CP) move around. Mobility and Gross Motor performance are described over environmental factors, while locomotion can be understood as the intrinsic ontogenetic automatic postural function of the central nervous system, and could be the underlying element explaining the relationship between these factors. Our goal is to study the correlation among Trunk Control Measurement Scale (TCMS) and Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI) domains, as well as Locomotor Stages (LS).* *Our results suggest that more mature LS require higher levels of trunk control, benefitting self-care, mobility and social functions.*	*Healthcare* *DOI: doi.org/10.3390/healthcare12010098*
Vojta, V. (1968) **Das Reflexkriechen und seine Bedeutung für die Krankengymnastische Frühbehandlung.** *Diese Arbeit von V. Vojta beschreibt das Reflexkriechen als umfassenden, phylogenetisch verankerten Bewegungskomplex, der bereits im Neugeborenenalter aktiviert werden kann. Durch gezielte Stimulation definierter Auslösungszonen entsteht eine räumlich-summative Aktivierung, die elementare motorische Muster (z. B. bezogen auf Arme, Beine und Rumpf) automatisch aktiviert und damit die früheste ontogenetische Stufe der Motorik fördert. Vojta argumentiert, dass diese Technik nicht nur Risikokinder, sondern auch Kinder mit peripheren Störungen effektiv in ihrer motorischen Entwicklung unterstützen kann. Früh angewendetes Reflexkriechen ermöglicht eine systematische und strukturierte Erweiterung der Motorik im frühesten Postnatalstadium und stellt damit ein fundamentales Instrument für die Krankengymnastik bei neurologischen Auffälligkeiten dar.*	*Zeitschrift fur Kinderheilkunde 104 (4), S. 319–330.*
Vojta, V. (1970) **Reflex-Umdrehen als Bahnungssystem der menschlichen Fortbewegung.** *In dieser wegweisenden Veröffentlichung beschreibt Václav Vojta das „Reflexumdrehen“ als neurophysiologisches Bahnungssystem, das von Rückenlage in den Vierfüßler Stand führt. Durch gezielten Druck auf definierte Zonen wird ein komplexer, automatischer Bewegungsablauf ausgelöst, der zentrale Balance- und Fortbewegungsmuster aktiviert. Vojta interpretierte, dass diese Technik grundlegend für spontane Bewegungen wie Krabbeln oder Gehen ist, und betont, dass die wiederholte Reflexaktivierung verborgene neuronale Netzwerke freischaltet.* *Das Reflexumdrehen wirkt als funktionaler Trigger komplexer motorischer Muster und stellt damit ein zentrales Element neurophysiologischer Therapie – z. B. bei Zerebralparese – dar.*	*Zeitschrift fur Orthopadie und ihre Grenzgebiete 108 (3), S. 446–452*

Vojta, V. (1972) **Frühdiagnose und Frühtherapie der cerebralen Bewegungsstörungen im Kindesalter. A. Die Lagereflexe in der Entwicklungskinesiologie. 3. Die Lagereflexe in ihrer pathologischen Gestaltung vom Aspekt der tonischen Nackenreflexe und der tonischen Labryrinthreflexe.**	*Zeitschrift fur Orthopadie und ihre Grenzgebiete 110 (4), S. 467–476.*
Vojta, V. (1973) **Frühbehandlung der CP-Risikokinder. Analyse der Endresultate**. *In dieser prospektiven Kohortenstudie untersuchte Vojta (1973) insgesamt 207 symptomatische CP-Risikokinder, die früh nach seinem reflexveranlagten Prinzip behandelt wurden. Die Endanalyse zeigte, dass ein Großteil dieser Säuglinge, vor allem bei einem frühzeitigem Behandlungsbeginn, eine normale motorische Entwicklung erreichte, während eine Minderheit bleibende neurologische Auffälligkeiten zeigte. Der Therapieerfolg hing stark vom Schweregrad der Störung und der Behandlungsintensität ab, wobei strukturierte Frühinterventionen signifikant bessere Outcomes erzielten. Die Studie unterstreicht den präventiven Wert systematischer Therapie für CP-gefährdete Kinder.*	*Monatsschrift für Kinderheilkunde 121 (7), S. 271–273*
Vojta, V. (1973) **Frühdiagnose und Frühbehandlung der zerebralen Bewegungsstörungen im Kindesalter. C. Reflexveranlagte Fortbewegung--Reflexkriechen und Reflexumdrehen. C1. Der kinesiologische Inhalt und der Zusammenhang mit den tonischen Nackenreflexen.** *In diesem theoretisch-empirischen Abschnitt aus Vojta's Standardwerk wird die kinesiologische Grundlage des Reflexkriechens und Reflexumdrehens detailliert erklärt und deren Verbindung zu tonischen Nackenreflexen (TNF) dargestellt. Es wird beschrieben, dass die tonischen Nackenreflexe gezielt aktiviert werden, um neuronale Bewegungsmuster zu stimulieren und eine adaptive Muskeltonus Veränderung zu erzeugen, die die Reflexlokomotion fördert. Der/die Autor:innen argumentieren, dass diese Reflexverknüpfung entscheidend für die Therapieeffizienz ist, da sie sowohl zerebrale Reifungsprozesse unterstützt als auch die Grundlage für spätere motorische Selbststeuerung legt. Insgesamt wird die technische Präzision der Anwendung betont – insbesondere die exakte Positionierung und Druckintensität – als Schlüsselfaktoren für eine effektive neurologische Aktivierung.*	*Zeitschrift für Orthopadie und ihre Grenzgebiete 111 (3), S. 268–291.*
Vojta, V. (1973) **Frühdiagnose und Frühbehandlung der zerebralen Bewegungsstörungen im Kindesalter. C. Reflexveranlagte Fortbewegung--Reflexkriechen und Reflexumdrehen. C2. Ihre Anwendung bei 207 Risikokindern. Analyse der Endresultate**.	*Zeitschrift für Orthopadie und ihre Grenzgebiete 111 (3), S. 292–309*
Vojta, V. (1973) **Frühdiagnose und Frühtherapie der zerebralen Bewegungsstörungen im Kindesalter. B. Die Entwicklungsdiagnose.** *In dieser klinischen Beobachtungsstudie wurden von V. Vojta (1973) 207 Risikokinder im frühen Säuglingsalter mithilfe der reflexveranlagten Fortbewegungen „Reflexkriechen" und „Reflexumdrehen" nach Vojta behandelt. Abschließend zeigte sich, dass 75 % der Kinder eine normale motorische Entwicklung erreichten, 15 % leichte Verzögerungen zeigten und lediglich 10 % anhaltende neurologische Auffälligkeiten aufwiesen. Kinder, bei denen beide Reflexstellungen genutzt wurden, entwickelten sich signifikant besser als solche mit nur einer Position. Die Ergebnisse legten nahe, dass die kombinierte Verwendung reflexveranlagter Positionen bei Risikokindern besonders effektiv zur Normalisierung der motorischen Entwicklung beiträgt.*	*Zeitschrift für Orthopadie und ihre Grenzgebiete 111 (3), S. 257–268.*

Vojta, V. (1988) **Neurophysiologische Aspekte zur Atiologie und Pathogenese der kongenitales Hüftluxation.** *In seiner Abhandlung zur Ätiologie und Pathogenese der kongenitalen Hüftluxation legt Vojta einen Schwerpunkt auf die neurophysiologischen Mechanismen, die an der Entstehung dieser Fehlbildung beteiligt sind. Er argumentiert, dass die kongenitale Hüftluxation nicht ausschließlich eine strukturelle Anomalie ist, sondern maßgeblich durch neurophysiologische Dysfunktionen beeinflusst wird.* *Vojta beschreibt, dass eine gestörte neuromuskuläre Kontrolle, insbesondere eine abnorme Muskelspannung und eine fehlerhafte Reflexentwicklung, die Stabilität des Hüftgelenks beeinträchtigen. Er hebt hervor, dass die Muskel- und Nervenbahnen, die für die motorische Steuerung des Hüftgelenks verantwortlich sind, bei betroffenen Säuglingen in ihrer Entwicklung gestört sein können. Diese neurophysiologischen Dysfunktionen führen zu einer unzureichenden Stabilisierung des Hüftkopfes im Acetabulum, was die Luxation begünstigt.* *Weiterhin betont Vojta die Bedeutung frühzeitiger neurophysiologischer Interventionen, um die normale Entwicklung der motorischen Kontrolle zu fördern und somit die Progression der Fehlstellung zu verhindern. Er argumentiert, dass die Pathogenese der kongenitalen Hüftluxation somit als ein Zusammenspiel genetischer, struktureller und neurophysiologischer Faktoren zu verstehen ist.* *Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Vojta die neurophysiologischen Aspekte als zentrale Komponenten in der Ätiologie der kongenitalen Hüftluxation ansieht, wobei er die Bedeutung der frühzeitigen neurophysiologischen Diagnostik und Therapie hervorhebt, um die Entwicklung eines stabilen Hüftgelenks zu unterstützen.*	*Zeitschrift für Orthopadie und ihre Grenzgebiete 126 (2), S. 215–217.* *DOI: 10.1055/s-2008-1044896.*
Vojta, V. (2018) **Die zerebralen Bewegungsstörungen im Säuglingsalter- Frühdiagnose und Frühtherapie** *Die grundlegenden Wirkprinzipien sind unter anderem in diesem Fachbuch beschrieben und in den Kapiteln zu den Behandlungsserien der symptomatischen Risikokindern untersucht.*	*Buch* *10. Auflage* *Internationale Vojta Gesellschaft e.V., Siegen*
Wójtowicz, D.; Roshko, J.; Ptak, A.; Dębiec-Bąk, A.; Skrzek, A. (2017) **The efficiency of rehabilitation for self-service eating in institutionalized children aged 2–6 years with mental and motor retardation.** *The purpose of the work is an evaluation of the efficiency of therapeutic programmes applied for manual skills in self-service eating, as well as for the motion range of chosen upper limb joints in children aged 2–6 years with mental retardation. Methods The research was carried out among 2 groups of children, 12 members each. The methods used to evaluate the effects of the therapy included Sagittal Frontal Transverse Rotation (SFTR) as per International Standard Orthopaedic Measurements (ISOM) and Gunzburg's PPAC Inventory as adapted by Witkowski. The study presents the results of the therapy in a group run with the Vojta method and in a group run with other paediatric physiotherapy methods. Results The research results have shown no essential difference between the groups at the first measurement (before therapy), a statistically significant difference (an improvement in mobility and function) in the second test in both examined groups, and statistically significant results of comparing the first and second measurement for both methods, mostly in favour of the Vojta group. Conclusions The Vojta method therapy is more effective than the other therapeutic methods in improving both upper limbs motion and the self-service function of eating.*	*Physiother Quart. 25 (2), S. 10–16.* *DOI: 10.5114/pq.2018.73367*

Ziegler, M., Wollwerth de Chuquisengo, R., Mall, V. and Licata-Dandel, M., (2023). ***Frühkindliche psychische Störungen: Exzessives Schreien, Schlaf- und Fütterstörungen sowie Interventionen am Beispiel des „Münchner Modells"***.	*DOI:* doi.org/10.1007/s00103-023-03717-0
Żurawski, A.; Kiebzak, W.; Zmyślna, A.; Pogożelska, J.; Kotela, I.; Kowalski, T. J. et al (2019) **Efficacy of the use of the McKenzie and Vojta methods to treat discopathy-associated syndromes in the pediatric population**. *In discopathic patients, postural parameters comprising trunk inclination, angle of thoracic kyphosis, angle of lumbar lordosis, lateral deviation, trunk torsion, vertebral rotation and pelvic obliquity fail to reach Hartzmann's physiological reference ranges. A therapeutic intervention based on the Vojta and McKenzie methods may normalize the posture to physiological reference ranges and is effective in the treatment of patients with back pain. The DIERS system is an objective tool for tracing the effects of therapy in patients with back pain.*	*International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health 32 (1), S. 33–41.* *DOI: 10.13075/ijomeh.1896.01309*

Zu weiteren Fragen der Evidenz kann auf eine umfangreiche Bibliographie verwiesen werden, die über die Homepage der Internationalen Vojta Gesellschaft (IVG) abrufbar ist: https://www.vojta.com/de/service/literaturdatenbank

Anlage 4
Stellungnahmen und Erratum

Stellungnahme zum Blog von Dunja Voos
https://www.medizin-im-text.de/2014/9969/internationale-vojta-gesellschaft-e-v-stellungnahme-zur-vojta-beitragsreihe/

Siegen, den 06.04.2011
Sehr geehrte Frau Dr. Voos,
die Internationale Vojta Gesellschaft e.V. bedankt sich für Ihre Anfrage zur Vojta-Therapie.
Da wir die Vojta-Methode aus guten Gründen vertreten, möchten wir Ihnen unsere Betrachtungsweise erläutern.
Weil niemandem daran gelegen sein kann, mit einer polemischen Diskussion Eltern zu verunsichern, die nach einem Weg suchen, ihrem entwicklungsgefährdeten Kind zu helfen, halten wir eine Versachlichung für notwendig. Deshalb sollte die von Ihnen beabsichtigte Veröffentlichung unserer Stellungnahme ungekürzt erfolgen.
Sie lehnen, die Vojta-Therapie beim Säugling und Kleinkind ab, weil die Therapeuten das Schreien der Säuglinge/kleinen Kinder in Kauf nehmen, Dabei unterstellen Sie, dass eine solche therapeutische Beziehung mit nachhaltiger psychischer Traumatisierung verbunden sei.
Dem ist aber nicht so.
Professor Dr. Vaclav Vojta und viele seiner Schüler haben sich – anders als vielfach dargestellt – sehr intensiv mit den neurophysiologischen Grundlagen der Entwicklung – nicht nur der statomotorischen Entwicklung – befasst. Besonders verweisen wir zu dem von Ihnen angesprochenen Fragenkomplex auf die ausführliche Monographie von Thiesen-Hutter (Psychologie und Neurophysiotherapie Vojtas 1982)
Als Psychologin war sie – wie Sie in Ihrem Blog – von der Hypothese ausgegangen, dass die Vojta-Therapie eine psychische Traumatisierung des Kindes und der Mutter bewirkt. Die Autorin kommt jedoch in einer umfassenden Untersuchung bei Kindern, die im Säuglingsalter nach Vojta behandelt worden waren unter anderem zu dem Ergebnis:
“Im Gegensatz zu den verschiedensten emotionalen Argumenten um eine Traumatisierung der Kinder durch die Neurophysiotherapie Vojtas unterscheiden sich die frühbehandelten symptomatischen Risikokinder im Alter von 4-7 Jahren nicht von bisher unauffälligen Vorschulkindern …”
In ihrer Arbeit geht die Autorin auch auf die Eltern-Kind-Beziehung ein, ohne diese allerdings varianzanalytisch untersucht zu haben. Sie äußert die Vermutung, dass viele Eltern, die nach Vojta behandeln, einfühlsamer psychologischer Unterstützung bedürfen.
Deshalb ist die Vermittlung entsprechender Kenntnisse und Fähigkeiten seit Jahren integraler Bestandteil der Ausbildung zum/r Vojta Therapeuten/in.
Vojta-Therapeutinnen und -Therapeuten machen, ebenso wie die Eltern erfolgreich behandelter Kinder, folgende Beobachtung:
Nach der lege artis durchgeführten Vojta-Therapie stellen sich bei dem Kind positive und bei wiederholter Applikation nachhaltige Veränderungen der Bewegungskoordination beim Greifen, Aufrichten, Laufen und Sprechen ein. Diese Veränderungen betreffen insbesondere die umfangreichen Anteile der Haltungs- und Bewegungskontrolle, die unwillkürlich ablaufen. Weil letztere willentlich nicht unmittelbar angesprochen werden können, sind sie z.B. mit spielerischen Mitteln nur bedingt, jedenfalls wesentlich weniger umfassend und wirksam zu erreichen.
Die Vojta-Therapie sucht im Behandlungsablauf den Zugang zur Haltungssteuerung immerin sehr individueller und subtiler Weise, jeweils bezogen auf das diagnostizierte spezielle Bewegungsproblem des Kindes.
Die Vojta-Therapeutin tritt mit ihren eigenen motorischen Mitteln in die Bewegungsmuster des Kindes ein und kann die gewünschten Veränderungen herbeiführen. Dieses Vorgehen hat nichts Statisches, es ist vielmehr in hohem Maße dialogisch, darin vielleicht vergleichbar mit den Partnern beim Tanzen.
Die Vojta-Therapie ist überdies nicht schmerzhaft, wie sich jeder leicht überzeugen kann, wenn er sich selbst einmal behandeln lässt.

Die durch die Vojta-Therapie vermittelten Bewegungserfahrungen sind allerdings, besonders für einen Säugling, ungewöhnlich und irritierend. Wir meinen, dass diese Erfahrung eine Ursache des Schreiens ist.
Das Kind erlebt nach der Aktivierung mit der Reflexlokomotion nach Vojta aber zugleich einen Zuwachs an Freiheitsgraden in den oben genannten Kategorien. So können wir bei dem Kind – und übrigens auch bei der Mutter/dem Vater – unmittelbar nach der Therapie sehr häufig
eine unerwartete Gelöstheit und Zufriedenheit beobachten, die sich keineswegs nur daraus erklärt, dass eine Anstrengung beendet ist. Wir führen das darauf zurück, dass sich das Kind in allen Belangen besser, leichter und differenzierter äußern kann.
Ältere Kinder sagen nach der Vojta-Behandlung, dass sie sich beim Bewegen “leichter” fühlen. Das positive Grundgefühl führt zu sichtbar verbesserten kommunikativen Fähigkeiten.
Die Vojta-Therapie ist eine komplexe Behandlungsform und stellt an den durchführenden Vojta-Therapeuten hohe Anforderungen. Falsch angewendet, verliert sie ihren dialogischen Charakter und damit ganz oder teilweise ihre Wirkung. Deshalb müssen vor einer Vojta-Therapie nicht nur die kinesiologischen Inhalte in den Bewegungsabläufen des Kindes analysiert, sondern auch die Möglichkeiten und Grenzen des therapeutischen Handelns der Mutter bzw. des Vaters beurteilt werden.
Die ständige Begleitung der behandelnden Bezugsperson ist integraler Bestandteil der Vojta-Therapie. Auf diesem Weg erfolgt auch eine permanente Anpassung der Therapie sowohl bezüglich der angesprochenen Bewegungsmuster als auch der Dosierung. Dabei erweist sich das Verhalten des Kindes vor, während und nach der Behandlung als empfindliches Regulativ für die Anwendung der Vojta-Therapie.
Mit den Eltern auch zu diesen Wahrnehmungen ständig im Dialog zu sein, gehört wesentlich zum therapeutischen Prozess nach Vojta.
Inzwischen sind seit zwei Generationen weltweit sehr viele Patienten, darunter viele Kinder im ersten Lebensjahr, erfolgreich nach Vojta behandelt worden. Der unmittelbare menschliche Zugang, der jeder Physiotherapie eigen ist, macht es wegen der Komplexität der so wirkenden Einzelfaktoren schwer, Vergleichsuntersuchungen mit dem Anspruch der evidence based medicine höheren Grades, etwa bei Säuglingen, durchzuführen. Dennoch fehlt
es nicht an Publikationen, die wissenschaftlichen Kriterien genügen und in ihrer Gesamtheit auf die Wirksamkeit der Vojta-Therapie und damit auf deren Legitimität rückschließen lassen.Die Internationale Vojta Gesellschaft sieht es als eine ihrer wichtigsten Aufgaben an, dass die von Prof. Dr. Vaclav Vojta postulierten hohen Qualitätsansprüche in der Vermittlung der Vojta-Therapie aufrecht erhalten und weiter entwickelt werden.

Literatur zum Thema:
Ernst B.
Grundsätze der neuromotorischen und psychologischen Entwicklungsdiagnostik.
Ferdinand Enke Verlag, 1983
Kuo, Huang Tsung und Papousek, Mechthild:
Frühe Kommunikation zwischen Mutter und Kind unter den Anforderungen der Vojta-Therapie.
In: Kindheit und Entwicklung 1983; 1: 97-106
Thiesen-Hutter, Maren:
Psychologie und Neurophysiotherapie Vojtas.
Ferdinand Enke Verlag
Stuttgart, 1982
ISBN 3-432-93061-5

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Friedemann Schulze
1. Vorsitzender der IVG
Internationale Vojta Gesellschaft e. V.
Geschäftsstelle Siegen

Stellungnahme zur Publikation von Jacobi 2001

Stellungnahme zum Beitrag „Todesfall während der Physiotherapie nach Vojta“
im Heft Nr. 4 2001 der Zeitschrift für Physiotherapeuten

Sehr geehrte Damen und Herren,
die Publikation von Jacobi, Riepert, Kieslich, Bohl – „Todesfall während der Physiotherapie nach Vojta“ im April-Heft der Zeitschrift für Physiotherapeuten 53 (2001) 4 Seite 573 – 576 bedarf dringend der Richtigstellung. Denn hier wird der tragische Tod eines Säuglings in spekulativer Weise in Zusammenhang mit der Vojta-Therapie gebracht. Für die Internationale Vojta Gesellschaft e.V. legen wir Wert auf folgende Feststellungen.

1. Die Autoren behaupten einen kausalen Zusammenhang zwischen der Vojta-Therapie und dem Tod des Säuglings. Die Autoren müssen sich fragen lassen, wie sie den Ablauf der krankengymnastischen Behandlung aus Augenzeugenperspektive schildern können, ohne anwesend gewesen zu sein. Wenn sie aus den geschilderten Abläufen später schwerwiegende Folgerungen ziehen, müsste man zumindest erwarten, daß offengelegt wird, auf welche Quelle sie sich beziehen. Solange dieses nicht der Fall ist, kann die abgedruckte Darstellung des Behandlungsverlaufs nicht akzeptiert werden.
   Für diesen bedauerlichen Todesfall kommen auch andere Ursachen in Betracht. Insbesondere sind hier eine vorbestehende geburtstraumatische Schädigung und akute anderweitige Erkrankungen des Kindes zu nennen. Auch bei schwierigen Intubationsversuchen im Rahmen der Reanimation besteht insbesondere bei einem hypotonen Kind die Gefahr der Reklination des Kopfes.
   Da in dem eingeleiteten gerichtlichen Verfahren der kausale Zusammenhang des Todes mit der Vojta-Therapie nicht nachgewiesen wurde, müssen sich die Autoren den Vorwurf unwissenschaftlichen Vorgehens gefallen lassen, weil sie den Zusammenhang unterstellen, ohne andere Möglichkeiten differentialdiagnostisch erwogen zu haben.Die Behauptung der Autoren, dass es für die Vojta-Therapie bis heute weder
   exakte Handlungsanweisungen noch eindeutige Indikationen gebe ist falsch. Vojta und Peters geben bereits in der 1. Auflage ihres Buches „Das Vojta-Prinzip“ (1992) eben diese exakten Handlungsanweisungen.

2. Ebenso ist es nicht richtig, dass es bei der Vojta-Therapie zu heftigen Rotations- und Reklinationsbewegungen kommt. Die starken bzw. sogar überstarken Rotationen und Reklinationen des Säuglingskopfes, auf welche die Autoren die Einblutungen im Gehirn zurückführen wollen, sind nicht Bestandteil der verschiedenen Reflexlokomotionen nach Vojta und damit der Vojta-Therapie überhaupt. Vielmehr sind solche Bewegungen bei der lege artis durchgeführten Therapie zu unterbinden. Zur Frage der Position des Kopfes, des Verhaltens der Halswirbelsäule, des Ausmaßes an Rotation und sonstiger Details der Behandlung gibt es präzise Handlungsanweisungen und Erläuterungen (Vojta,V.; A.Peters: Das Vojta – Prinzip; Springer: Heidelberg, Berlin 1992, S. 23; S. 59-64).

3. Wenn die Autoren dennoch – wenn auch zu Unrecht – meinen, einen kausalen Zusammenhang zwischen der Vojta-Therapie und dem Tod des Säuglings feststellen zu können, müssen sie sich fragen lassen: Weshalb haben Sie mit der Publikation jahrelang gewartet und sich nicht sofort an die Internationale Vojta Gesellschaft oder an Herrn Prof. Vojta gewandt, um mit ihnen diesen Fall zu erörtern? Dieses haben die Autoren nicht getan: Offenbar war und ist die ursächliche Verbindung zwischen Vojta-Therapie und diesem Todesfall alles andere als eindeutig gewesen.

Nach all dem erscheinen die Autoren bezüglich elementarer Prinzipien der Vojta – Therapie wenig bewandert. Kenner krankengymnastischer Behandlungsverfahren wissen vielmehr:

- Vojta-Therapie und Manualtherapie sind indikationsbezogen allenfalls komplementäre Verfahren; es geht jeweils um grundsätzlich unterschiedliche Behandlungsziele.
- Eine lege artis durchgeführte Vojta-Therapie führt nicht zu manualtherapeutischen Manipulationen an Gelenken oder Wirbelsäule.
- Aus der Ausgangslage beim Reflexkriechen zielt die Vojta-Therapie u.a. auf eine Aufrichtung/Streckung der Halswirbelsäule. Reklination und stärkere Rotation des Kopfes sind nicht Bestandteil einer Vojta-Therapie.

Auch wir sind der Auffassung, dass für eine spezifische und differente krankengymnastische Behandlung – wie die Vojta-Therapie – klare Indikationen und Kontraindikationen bestehen. Die Indikation ergibt sich aus einer klaren ärztlichen Diagnose und einem entsprechend formulierten Therapieziel. Die Internationale Vojta-Gesellschaft hat sich nicht zuletzt aus diesem Grund stets für sehr strenge Standards und Qualitätskontrollen in der Aus- und Weiterbildung eingesetzt.

Deshalb besteht für die vielen Vojta-Therapeuten und Therapeutinnen kein Anlass zur Verunsicherung. Demgegenüber wollen die Autoren in unverantwortlicher Weise eine der erfolgreichsten Behandlungsmöglichleiten für cerebralparetischeEntwicklung oder manifeste Cerebralparesen bei Säuglingen und Kleinkindern diskreditieren. Dieser Versuch wird mit allem Nachdruck zurückgewiesen.
Die ausgebildeten Vojta-Therapeuten und Therapeutinnen üben keine für Patienten oder Therapeuten riskante Behandlungstechnik, sondern eine für die Patienten höchst hilfreiche Behandlung aus.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Friedemann Schulze
Arzt für Kinderheilkunde
Arzt für Neurologie/Psychiatrie
1. Vorsitzender der IVG

W. Müller
Krankengymnast
2. Vorsitzender der IVG

D. Wassermeyer
Krankengymnastin
Schriftführung und
Kursleitung

Saternus, K.-S., 2011. Erratum zu: Traumatologie der A. vertebralis beim Säugling: Gefahren durch Krankengymnastik nach Vojta und durch Manualtherapie? Rechtsmedizin 21, 526–526. https://doi.org/10.1007/s00194-011-0795-4

12. Hall DM, Xu L, Drake VJ et al (2000) Aging reduces adaptive capacity and stress protein expression in the liver after heat stress. J Appl Physiol 89:749–759
13. Harper RM, Kinney HC, Fleming PJ, Thach BT (2000) Sleep influences on homeostatic functions: implications for sudden infant death syndrome. Respir Physiol 119:123–132
14. Henle KJ, Leeper DB (1982) Modification of the heat response and thermotolerance by cycloheximide, hydroxyurea and lucanthone in CHO cells. Radiat Res 90:339–347
15. Hunt CE, Brouillette RT (1987) Sudden infant death syndrome: 1987 perspective. J Pediatr 110:669–678
16. Hunt CE, Hauck FR (2006) Sudden infant death syndrome. CMAJ 174:1861–1869
17. Issels RD, Hegewisch-Becker S (2006) Chemotherapie in Kombination mit Hyperthermie. In: Schmoll HJ, Höffken K, Possinger K (Hrsg) Kompendium Internistische Onkologie. Standards in Diagnostik und Therapie, 4. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 1091–1108
18. Kahraman L, Thach BT (2004) Inhibitory effects of hyperthermia on mechanisms involved in autoresuscitation from hypoxic apnea in mice: a model for thermal stress causing SIDS. J Appl Physiol 97:669–674
19. Katschinski DM (2004) On heat and cells and proteins. News Physiol Sci 19:11–15
20. Kemp JS, Tach BT (1993) A sleep position dependent mechanism for infant death on sheepskins. Arch Pediatr Adolesc Med 147:642–646
21. Kleemann WJ, Schlaud M, Poets CF et al (1996) Hyperthermia in sudden infant death. Int J Legal Med 109:139–142
22. Madden LA, Sandström MA, Lovell RJ, McNaughton L (2008) Inducible heat shock protein 70 and its role in preconditioning and exercise. Amino Acids 34:511–516
23. Marshall S, Rothschild MA, Bohnert M (2006) Expression of heat-shock protein 89 (Hsp70) in the respiratory tract and lungs of fire victims. Int J Legal Med 120:355–359
24. Morimoto R, Tissieres A, Georgopoulos (1994) Heat shock proteins: structure, function and regulation. Cold Spring Harbor, New York, S 335
25. Nelson EAS, Taylor BJ, Weatherall IL (1989) Sleeping position and infant bedding may predispose to hyperthermia and the sudden infant death syndrome. Lancet 1:199–202
26. North RG, Petersen SA, Wailoo MP (1995) Lower body temperature in sleeping supine infants. Arch Dis Child 72:340–342
27. Petersen S, Anderson ES, Lodemore M et al (1991) Sleeping position and rectal temperature. Arch Dis Child 66:976–979
28. Pfeifer K (1980) Bedeutung der Rektaltemperaturmessung und der Umgebungstemperaturen beim plötzlichen Kindstod. Dtsch Med Wochenschr 105:1066
29. Pfeifer K, Pfeifer I, Adamczyk G, Adamczyk B (1977) Probleme des plötzlichen und unerwarteten Kindstodes aus der Sicht des Pathologen und Mikrobiologen. Dtsch Gesundheitswes 32:317–332
30. Poets LF, Meny RG, Chobanian MR, Bouofiglo RE (1999) Gasping and other respiratory patterns during sudden infant deaths. Pediatr Res 45:350–355
31. Ponsonby AL, Dwyer T, Gibbons LE et al (1992) Thermal environment and sudden infant death syndrome: case-control study. BMJ 304:277–283
32. Ponsonby AL, Dwyer T, Gibbons LE et al (1993) Factors potentiating the risk of sudden infant death syndrome associated with the prone position. N Engl J Med 329:377–382
33. Preuss J, Dettmeyer R, Poster S et al (2008) The expression of heat shock protein 70 in kidneys in cases of death due to hyperthermia. Forensic Sci Int 176:248–252
34. Rahim RA, Boyd PA, Ainslie Patrick WJ, Burdon RH (1996) Human heat shock protein gene polymorphisms and sudden infant death syndrome. Arch Dis Child 75:451–452
35. Ritossa F (1962) A new puffing pattern induced by temperature shock and DNA in Drosophila. Experientia 18:571–573
36. Ryan AJ, Gisolfi CV, Moseley (1991) Synthesis of 70 K stress protein by human leukocytes: effect of exercise in the heat. J Appl Physiol 70:466–471
37. Sederevich C, Fewell JE (1999) Influence of core temperature on the time to last gasp and autoresuscitation from primary apnea during exposure to hypoxia in normal rat pups. J Appl Physiol 87:1346–1353
38. Sperhake JP (2008) Prävention des plötzlichen Säuglingstods (SIDS) in Hamburg 1995–2006. Eine populationsbasierte Beobachtungspraxenstudie. Habilitationsschrift, Universität Hamburg
39. Tausch D, Möller M (1973) Tierexperimentelle Untersuchungen über Sauerstoffmangelzustände im Hinblick auf den „plötzlichen Kindstod". Beitr Gerichtl Med 31:130–134
40. Vennemann MM, Bajanowski T, Brinkmann B et al; GeSID Study Group (2009) Sleep environment risk factors for sudden infant death syndrome: the German Sudden Infant Death Syndrome Study. Pediatrics 123:1162–1170

Erratum

Rechtsmedizin 2011 · 21:526
DOI 10.1007/s00194-011-0795-4
© Springer-Verlag 2011

K.-S. Saternus
Institut für Rechtsmedizin, Kassel

Erratum zu: Traumatologie der A. vertebralis beim Säugling

Gefahren durch Krankengymnastik nach Vojta und durch Manualtherapie?

Rechtsmedizin 21:265–271
http://dx.doi.org/10.1007/s00194-011-0758-9

In der oben angegebenen Publikation wurde irrtümlich – auf den Seiten 265–268 jeweils und S. 270 – von zwei dem medizinischen Schrifttum entnommenen Säuglingstodesfällen nach Vojta-Therapie ausgegangen (Saternus). Dabei wurde übersehen, dass dem zweiten, von Holla et al. aus den Niederlanden berichteten Todesfall keine krankengymnastische Behandlung nach Vojta vorausgegangen war. Die Angabe zur Behandlung in Tab. 1 zum zweiten Todesfall, die Aussage in der Zusammenfassung „… Ausgehend von den Befunden zweier im Schrifttum mitgeteilter Todesfälle von Säuglingen nach durchgeführter Vojta-Physiotherapie …" (S. 267) sowie die Feststellungen, beide Säuglinge seien aus der Sicht der Autoren an den unerwarteten Folgen der Krankengymnastik in Form der Vojta-Methode gestorben (S. 268) sowie „… Bei Extrembewegungen, in deren Folge die beiden Kinder bei der Behandlung nach Vojta gestorben sind, …" (S. 270), sind daher unzutreffend. Wir bedauern dieses Versehen.

K.-S. Saternus

Korrespondenzadresse
Prof. Dr. med. Dr. jur. h.c. K.-S. Saternus
Institut für Rechtsmedizin
Germaniastr. 7, 34119 Kassel
ksatern@gwdg.de

Dr. med. Ursula Melz

Danziger Str. 18

57319 Bad Berleburg

Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin

U.Melz@t-online.de

Stellungnahme/ Erfahrungsbericht zur Vojta- Therapie

an den Gemeinsamen Bundesausschuss

Die Vojta- Therapie begleitet mich seit nunmehr 37 Jahren, seit dem Beginn meiner Facharztausbildung zur Pädiaterin an der Universitätskinderklinik Bochum, bis heute- nach mehr als 20 Jahren Tätigkeit im SPZ der DRK-Kinderklinik Siegen.

Über all die Jahre konnte ich mich von der enormen Effektivität der Vojta-Therapie überzeugen.

Viele Eltern, insbesondere die von schwer betroffenen Kindern, kehrten nach Versuchen mit anderen Therapieformen zur Vojta- Therapie zurück.

Die Prinzipien der Vojta- Therapie sind ausführlich auf der Internetseite der Internationalen Vojta-Gesellschaft e.V. beschrieben.

Im Unterschied zu anderen Formen der Physiotherapie funktioniert die Vojta- Therapie nicht durch gezieltes Training einzelner Muskelgruppen oder Koordinationskomplexen, sondern durch die Aktivierung von komplexen Reaktionen durch Stimulierung von körpereigenen Zonen, die es uns im Laufe unserer Evolution ermöglicht haben, vom Kriechen in die Aufrichtung zu kommen. Die Aktivierung erfolgt unbewusst. Die resultierenden Bewegungsmuster erscheinen als Reflexlokomotion und unterliegen nicht der Willkürmotorik.

Aufgrund der Andersartigkeit der Therapie erscheint sie den Eltern und Patienten anfangs unverständlich. Es ist erforderlich, dass sie sich zunächst mithilfe einer vertrauensvollen Beziehung zur Therapeutin darauf einlassen. Der Effekt ist rasch erkennbar und führt zu einer motivierten Mitarbeit.

Für eine erfolgreiche Therapie ist insbesondere im Säuglings- und Kindesalter eine regelmäßige Umsetzung durch eine Bezugsperson erforderlich, im Säuglingsalter mit einer Frequenz von 3-4x täglich. Sehr wichtig ist daher eine gute Anleitung der Bezugsperson durch eine kompetente PhysiotherapeutIn mit entsprechender Ausbildung und fortlaufender Weiterbildung.

Eine Kombination mit anderen Physiotherapieformen ist aus unserer Erfahrung nicht sinnvoll, da durch die Vojta- Therapie die physiologisch veranlagten neuronalen Bahnen für die Reflexlokomotion aktiviert werden und so die Entwicklung von pathologischen Ersatzmustern verhindert werden soll. Aus diesem Grund ist die Frühbehandlung bei Säuglingen mit cerebraler Schädigung so wichtig.

Bei einem gesunden Nervensystem lassen sich die Bahnen für die Haltungskontrolle über die Vojta-Zonen leicht aktivieren. Bei einem geschädigten Gehirn bedarf es zumeist einer längeren Stimulierung, um die geschädigten physiologischen Bahnen zu aktivieren.

Die Behandlung mit Vojta- Therapie ist schmerzfrei, führt aber zu einer isometrischen Aktivierung von Muskulatur, was als anstrengend empfunden wird. Das Gehaltenwerden und auch die Anstrengungen sind Ursachen des Protests, welcher sich bei Säuglingen durch Schreien äußert. Um Irritationen der

Bezugsperson zu verhindern, sind eine gute Anleitung und Aufklärung erforderlich. Meist gewöhnt sich das Kind recht schnell an die Therapie und das Schreien lässt insbesondere bei der Therapie durch die Bezugsperson nach. Schreien tritt im Kontakt mit der TherapeutIn natürlich auch auf, wenn sich das Kind der Phase des Fremdelns befindet. Die Kinder beruhigen sich nach der Therapie auf dem Arm der Bezugsperson prompt.

Im Gespräch mit den Eltern und auf Nachfrage wurde mir nie berichtet, dass Irritationen des Kindes fortbestehen oder Beziehungsstörungen die Folgen waren. Es gibt durchaus Eltern, die die Therapie aufgrund des Schreiens des Säuglings ablehnen. Das ist natürlich zu respektieren. Eltern schwer betroffener Kinder berichten immer wieder, wie sehr ihnen die Vojta-Therapie geholfen hat. Sie äußern ihre Besorgnis, sollte die Vojta-Therapie für ihre Kinder nicht mehr zur Verfügung stehen.

Bei einer gestörten Mutter/Eltern -Kind Beziehung oder einer psychisch auffälligen Bezugsperson sollte dagegen auf eine andere Therapieform ausgewichen werden.

Bei älteren Kindern mit ausgeprägten Koordinationsstörungen sehe ich immer wieder sehr gute Erfolge nach einem Vojta-Therapieversuch von wenigen Monaten (mit ein bis zweimal täglicher Umsetzung daheim), welche die Lebensqualität der Kinder erheblich verbessert. Diese Kinder hatten häufig schon viele andere Physiotherapiearten durchlaufen, bevor sie zu uns gekommen sind.

Auch im Erwachsenenalter sind die Erfolge bei konsequenter Vojta- Therapie überaus überzeugend. Nach einem Schlaganfall mit kompletter Hemiparese wird die Entwicklung der physiologischen Mobilität ohne pathologisches Ersatzmuster, wie z.B. das Wernicke-Mann-Gangbild, möglich.

In Brixen in diesem Frühjahr beim Kongress der Deutschen Akademie für Entwicklungsförderung und Gesundheit des Kindes und Jugendlichen e.V. München wurde erklärt, dass Physiotherapie bei ICP indiziert ist, welche Art Physiotherapie sei dagegen bedeutungslos. Diesen Standpunkt teile ich entschieden nicht. Botox-Injektionen sind zumeist bei unseren PatientInnen überflüssig und würden sogar zu einer Verschlechterung der Situation führen. Auch eine Verschlechterung der Situation der Hüften (Luxation) sehen wir unter der Vojta -Therapie in der Regel nicht.

Das große Potenzial der Vojta- Therapie -auch als mögliche Selbst-Therapie bei Rückenschmerzen durch Haltungsschäden- wird m.E. noch völlig unterschätzt. Dazu bräuchte es kontrolliere Studien mit Bereitstellung entsprechender Finanzierung.

Für Rückfragen stehe ich gerne zur Verfügung

Ursula Melz

Bad Berleburg, 06.06.2025

Von: Geschäftsstelle BVDfK
An: AG Heilmittel-Richtlinie
Betreff: Rückmeldung zur Anfrage des G-BA zur Vojta-Therapie
Datum: Dienstag, 17. Juni 2025 13:58:55
Anlagen: image001.png

ACHTUNG: Hierbei handelt es sich um eine externe E-Mail. Seien Sie achtsam beim Öffnen von Links und Anhängen.
Sollten Sie sich unsicher sein, kontaktieren Sie uns gern unter it@g-ba.de.

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Übersendung des Fragebogens zur Vojta-Therapie und die Möglichkeit zur Stellungnahme.

Als Elternverband sehen wir uns nicht in der Lage, die im Fragebogen enthaltenen detaillierten fachlichen Fragen zur Wirksamkeit und therapeutischen Einordnung der Vojta-Therapie zu beantworten. Diese liegen außerhalb unseres Kompetenzbereichs.

Gleichwohl möchten wir aus Elternsicht darauf hinweisen:
Die Durchführung der Vojta-Übungen zu Hause wird von vielen Eltern als sehr herausfordernd und emotional belastend erlebt. Aus unserer Sicht besteht hierbei ein relevantes Risiko für zusätzliche Belastungen mit möglichem Traumapotenzial – sowohl für die Eltern als auch für das betroffene Kind.

Wir möchten jedoch ausdrücklich betonen, dass wir als Elternvertretung keine Aussagen zur medizinischen Wirksamkeit oder therapeutischen Bewertung der Methode treffen können.

Mit herzlichen Grüßen

Dr. Maria Hitzschke
****
Vorstandsvorsitzende & Geschäftsführerin
Bundesverband "Das frühgeborene Kind" e.V.
Darmstädter Landstraße 213
60598 Frankfurt am Main
Tel. 069 - 58700990
Fax 069 - 58700999

Mobil: 0160 - 5540540

www.fruehgeborene.de
www.facebook.com/fruehgeborene
@bundesverband_fruehgeborene

Tschechische Vojta-Gesellschaft, e.V.
Královopolská 3202/56, Brno, CZ-616 00
info@vojtovametoda.com

17. Juni 2025

An den
Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)
Gutenbergstraße 13
10587 Berlin
Deutschland

Betreff: Aufnahme der Vojta-Therapie in das Beratungsverfahren

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Namen der Tschechischen Vojta-Gesellschaft möchten wir unsere Besorgnis über die Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses zum Ausdruck bringen, die Vojta-Therapie in ein Beratungsverfahren zur Bewertung ihrer Sicherheit und Wirksamkeit aufzunehmen.

Die Vojta-Methode ist in der Tschechischen Republik seit Langem als eine wissenschaftlich fundierte Standardtherapie anerkannt und stellt einen integralen Bestandteil der umfassenden rehabilitativen Versorgung sowohl im Kindes- als auch im Erwachsenenalter dar. Sie wird regelmäßig von Fachärztinnen und -ärzten – darunter Rehabilitationsmediziner, Neurologen und Orthopäden – indiziert und verordnet. In der klinischen Praxis gilt sie bei bestimmten Diagnosen als unverzichtbar oder nur schwer ersetzbar.

Die Methode ist fester Bestandteil der physiotherapeutischen Ausbildung an unseren Universitäten, wird im Rahmen der postgradualen Weiterbildung weiterentwickelt und ist Gegenstand zahlreicher Forschungsarbeiten, Diplom- und Dissertationsprojekte, die wesentlich zur Weiterentwicklung der wissenschaftlichen Erkenntnisse über ihre Wirksamkeit beitragen.

Vor diesem Hintergrund würden wir gerne erfahren, welche konkreten Gründe oder Anstöße dazu geführt haben, dass gerade die Vojta-Therapie in das Beratungsverfahren aufgenommen wurde. Wir sind überzeugt, dass ein offener Dialog und ein fachlicher Austausch zwischen unseren Ländern zu einer objektiven Bewertung dieser Methode beitragen können.

Wir danken Ihnen im Voraus für Ihre Rückmeldung und Ihre Offenheit.

Mit vorzüglicher Hochachtung

Mgr. Blanka Vlčková
Vorsitzende der Tschechischen Vojta-Gesellschaft
Leitende Physiotherapeutin der Kinderabteilung der Klinik für Rehabilitationsmedizin und Sportmedizin, 2. Medizinische Fakultät der Karls-Universität und Universitätsklinikum Motol, Prag
blanka.vlckova@vojtovametoda.com
+420 727 971 999



Erklärung

zur Anerkennung der Vojta-Therapie in Rumänien

Die Rumänische Vojta Gesellschaft (CUI: 13537490, Str. Tudor Vladimirescu nr. 6, Sibiu, Rumänien), als Mitglied der Internationalen Vojta Gesellschaft e. V., hat Kenntnisse davon, dass seit Januar ein Beratungsverfahren des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) eingeleitet wurde. Es soll Hinweise geben, dass die Therapie nach Vojta möglicherweise mit einem Schädigungspotential verbunden sein könnte. Hierzu beziehen wir Stellung.

Hiermit wird offiziell bestätigt, dass die Vojta Therapie in Rumänien von dem rumänischen Physiotherapie Verband offiziell anerkannt ist (Nr. 67 aus 19.02.2025). Die Therapieform kann somit im Rahmen der physiotherapeutischen Behandlung angewendet und durchgeführt werden, sofern die Therapeutinnen und Therapeuten über eine entsprechende Weiterbildung und Qualifikation in der Vojta Therapie verfügen.

Vojta Therapie ist in Rumänien seit 2000 etabliert und seither weit verbreitet. Die Rumänische Vojta Gesellschaft hat dabei entscheidend zur Verbreitung dieser Therapie beigetragen. Aktuell gibt es im Land nahezu 300 ausgebildete Vojta Therapeuten sowie etwa 100 Ärzte, die die Vojta Diagnostik anwenden.

In all den Jahren hat die Rumänische Vojta Gesellschaft keine negativen Rückmeldungen von Patienten, Eltern, Ärzten oder anderen Fachleuten erhalten. Es gab keinerlei Berichte darüber, dass die Vojta Therapie negative Auswirkungen auf die Entwicklung von Säuglingen, Kleinkindern, Kindern oder Erwachsenen Patienten hat.

In vielen Städten unseres Landes wird die Vojta Therapie in Neonatologischen Abteilungen angeboten und trägt zur Behandlung von Früh – und Neugeborenen bei. Auch hier haben sich keine Beschwerden von Ärzten oder Angehörigen ergeben, die darauf hinweisen, dass die Therapie die Entwicklung ihrer Kinder negativ beeinflusst.

Wir bekräftigen hiermit unsere positiven Erfahrungen mit der Vojta Therapie auch bei Erwachsenen und stehen hinter ihrer Anwendung in der Versorgung der Patienten.

Datum: 14.05.2025

Ort: Satu Mare, Rumänien

Unterschrift:

Emese Tünde Szatvari

Vorstand

Rumänische Vojta Gesellschaft

SOCIETATEA ROMÂNĂ PENTRU DIAGNOSTIC ȘI TERAPIE DUPĂ DR. V. VOJTA C.C. 5088/2000 CF:13537490 SIBIU-RO

Declarație

privind recunoașterea terapiei Vojta în România

Societatea Română Vojta (CUI: 13537490, Str. Tudor Vladimirescu nr. 6, Sibiu, România), în calitate de membru al Societății Internaționale Vojta e. V., are cunoștință de faptul că, începând cu luna ianuarie, a fost inițiată o procedură de consultare din partea Comitetului mixt federal (G-BA) din Germania. Se pare că există indicii conform cărora terapia Vojta ar putea fi asociată cu un potențial de afectare. În legătură cu acest aspect, dorim să ne exprimăm poziția.

Prin prezenta se confirmă oficial că terapia Vojta este recunoscută oficial în România (Nr. 67 din 19.02.2025). de către Colegiul Fizioterapeutilor din Română. Această formă de terapie poate fi aplicată și utilizată în cadrul tratamentului fizioterapeutic, cu condiția ca terapeuții să dețină o formare și o calificare corespunzătoare în terapia Vojta.

Terapia Vojta este implementată în România încă din anii 2000 și este de atunci larg răspândită. Societatea Română Vojta a contribuit în mod esențial la promovarea acestei terapii. În prezent, există în țară aproape 300 de terapeuți Vojta formați, precum și aproximativ 100 de medici care utilizează diagnosticul după dr. V. Vojta.

De-a lungul anilor, Societatea Română Vojta nu a primit nici o reacție negativă din partea pacienților, părinților, medicilor sau altor specialiști. Nu au existat rapoarte care să indice, că terapia Vojta ar avea efecte negative asupra dezvoltării sugarilor, copiilor mici, copiilor și adulților.

În multe orașe din țara noastră, terapia Vojta este oferită în secțiile de neonatologie și contribuie la tratamentul nou-născuților și prematurilor. Nici aici nu au existat plângeri din partea medicilor sau a familiilor care să sugereze că terapia ar afecta negativ dezvoltarea copiilor lor.

Prin această declarație, ne reafirmăm experiențele pozitive cu terapia Vojta și în cazul adulților și susținem aplicarea ei în îngrijirea pacienților.

Data: 14.05.2025
Locul: Satu Mare, România
Semnătură:
Emese Tünde Szatvari
Președinte
Societatea Română Vojta

SOCIETATEA ROMÂNĂ PENTRU DIAGNOSTIC ȘI TERAPIE DUPĂ DR. V. VOJTA S.C. 5098/2000 CF: 13537490 SIBIU-RO

COLEGIUL FIZIOTERAPEUTILOR DIN ROMANIA

Nr. 2247/20.06.2025

An die: Rumänische Vojta-Gesellschaft

Präsidentin Emese-Tunde SZATVARI

Der Unterzeichner, das Kollegium der Physiotherapeuten aus Rumänien - CFZRO, eine Berufsorganisation mit rechtlicher Persönlichkeit, mit Sitz in Bukarest, Str. Dr. Ernest Juvara n.r. 18, 3. Stock, Sektor 6, CIF 38710536, Tel.: 0741.077.811, E-Mail: secretariat@cfizio.ro, gesetzlich vertreten durch Frau Nicoleta-Daniela Stanca in ihrer Funktion als Präsidentin, Infolge des Antrags der Rumänischen Vojta-Gesellschaft, die unter der Nr. 2247/03.06.2025 bei CFZRO registriert ist, formuliert den folgenden Standpunkt:

CFZRO hat mehrere Veranstaltungen zur kontinuierlichen medizinischen Bildung, die von der Rumänischen Vojta-Gesellschaft organisiert wurden, anerkannt, die spezifische Interventionen der Vojta-Therapie beinhalten. In diesem Zusammenhang bestätigen wir, dass es Physiotherapeuten gibt, die diese Therapie anwenden.

Wir erwähnen auch, dass bis zu diesem Zeitpunkt auf Ebene des CFZRO keine Meldungen über mögliche Fälle von Kunstfehler oder disziplinarische Meldungen bezüglich der Anwendung der Vojta-Therapie durch Physiotherapeuten registriert wurden. Wir stellen klar, dass jede therapeutische Intervention, die im Rahmen der beruflichen Tätigkeit von Physiotherapeuten eingesetzt wird, die geltenden gesetzlichen Bestimmungen, ethischen und deontologischen Normen sowie die Verpflichtungen zur kontinuierlichen Weiterbildung, die von jedem Fachmann übernommen wurden, respektieren muss.

Mit freundlichen Grüßen,

Präsidentin,

Kollegium der Physiotherapeuten aus Rumänien

Nicoleta-Daniela STANCA.

COLEGIUL FIZIOTERAPEUȚILOR DIN ROMÂNIA

World Physiotherapy

CIF: 38710536
0741 077 811
secretariat@cfizio.ro
www.colegiulfizioterapeutilor.ro
Str. Dr. Ernest Juvara nr. 18, etaj 3, sector 6, București

Nr. înreg. 2247/20.06.2025

Către: **Societatea Română Vojta**

În atenția: **Dnei Președinte Emese-Tunde SZATVARI**

Subscrisul **Colegiul Fizioterapeuților din România - CFZRO**, organizație profesională, cu personalitate juridică, având sediul în București, Str. Dr. Ernest Juvara nr. 18, etaj 3, sector 6, CIF 38710536, tel.: 0741.077.811, e-mail: secretariat@cfizio.ro, reprezentat legal prin Dna. Nicoleta-Daniela Stanca, în calitate de Președinte,

În urma solicitării formulate de Societatea Română Vojta, înregistrată la CFZRO cu nr. 2247/03.06.2025, formulează următorul punct de vedere:

CFZRO a creditat mai multe evenimente de educație medicală continuă organizate de Societatea Română Vojta, care includ intervenții specifice terapiei Vojta. În acest context, confirmăm că există fizioterapeuți care practică această terapie.

Menționăm, totodată, că până la această dată, la nivelul CFZRO nu au fost înregistrate sesizări privind posibile cazuri de malpraxis sau sesizări disciplinare referitoare la aplicarea terapiei Vojta de către fizioterapeuți.

Precizăm că orice intervenție terapeutică utilizată în cadrul activității profesionale a fizioterapeuților trebuie să respecte prevederile legale în vigoare, normele etice și deontologice, precum și obligațiile de formare și perfecționare continuă asumate de fiecare profesionist.

Cu stimă,

Președinte
Colegiul Fizioterapeuților din România
Nicoleta-Daniela STANCA

The Spanish Society of Vojta Therapy (AEVO) has been informed of the ongoing consultation process currently taking place in Germany regarding the scientific validity, clinical application, and safety of Vojta Therapy (VT)

Reflex Locomotion Therapy or VT has been extensively used in clinical settings with neonatal, pediatric, adolescent, and adult populations. Based on our accumulated experience, no short- or long-term adverse effects have been observed. This therapy is taught at highly prestigious public Universities in Spain, such as the University of Salamanca and the Rey Juan Carlos University of Madrid, as well as at nationally recognized hospitals like the Pediatric Niño Jesús Hospital in Madrid. It forms part of official accredited training programs, including postgraduate Master's degrees and specialized expert courses.

VT has been practiced in Spain since 1989-over 36 years-with consistent application by more than 345 professionals, including therapists and doctors. The accumulated empirical evidence confirms the therapy's positive and consistent outcomes, thus supporting its therapeutic value and clinical efficacy. We regard this intervention as a unique and irreplaceable approach in the field of neurorehabilitation. Therefore, we wish to formally express our support, grounded in decades of empirical observation, specialized training, and continual quality improvement in patient care.

In alignment with the principles of evidence-based practice, we are presenting a comprehensive and up-to-date compilation of high-quality scientific studies supporting the efficacy and safety of this physiotherapeutic intervention. This documentation includes randomized controlled trials (RCTs), systematic reviews, and peer-reviewed publications that demonstrate positive outcomes across different age groups and clinical scenarios. The evidence presented reflects the theoretical robustness of the method, as well as its practical application with high ethical and therapeutic standards, essential for any intervention seeking international validation.

To date, more than 55 RCTs and clinical trials involving Reflex Locomotion Therapy have been published in internationally recognized databases such as PubMed, Cochrane Library, SCOPUS, and Embase. These studies, assessed using validated tools such as PEDro, RoB, and GRADE, not only confirm clinical benefits but also show objective neurophysiological effects measured via MRI (functional magnetic resonance imaging), fNIRS (functional near-infrared spectroscopy), EMG (Electromyography), and EEG (electroencephalogram) (SEE ANNEX). This growing body of peer-reviewed scientific work includes publications in high-impact journals. A landmark article published in Frontiers in Neurology in 2024 (Q2 journal, CiteScore 4.9) titled:

- **Sánchez-González JL, Sanz-Esteban I, Menéndez-Pardiñas M, Navarro-López V, Sanz-Mengíbar JM. Critical review of the evidence for Vojta Therapy: a systematic review and meta-analysis. Front. Neurol. 15:1391448. doi:10.3389/fneur.2024.1391448**

clearly establishes, in accordance with current scientific standards, the role of VT within evidence-based physiotherapy. It demonstrates both the quantity and quality of existing literature and outlines future directions for research. In this scientific study you can see, among other results, the summaries of the CTs and RCTs that we show in the ANNEX.

In addition, other systematic reviews further support its application. Notably:

- Abdelhamed AI, et al. Efficacy of reflex locomotion therapy in improving balance and walking abilities of patients with multiple sclerosis: a systematic review. Manuelle Medizin (2024). https://doi.org/10.1007/s00337-024-01066-w

This systematic review that specifically examined the effects of VT on multiple sclerosis showed similar results, reinforcing the results of Sánchez-González et al.

Previous systematic reviews also support its use in pediatric respiratory physiotherapy for patients with neurological risk or neuromuscular diseases:

- **Igual Blasco A, Piñero Peñalver J, Fernández-Rego FJ, Torró-Ferrero G, Pérez- López J. Effects of chest physiotherapy in preterm infants with respiratory distress syndrome: a systematic review. Healthcare (Basel). (2023) 11:11. doi: 10.3390/healthcare11081091**
- **Nezhad FF, Daryabor A, Abedi M, Smith JH. Effect of dynamic neuromuscular stabilization and Vojta therapy on respiratory complications in neuromuscular diseases: a literature review. J Chiropr Med. (2023) 22:212–21.**

We understand that patient safety is also being evaluated, particularly in pediatric physiotherapy. Premature infants-who present a high risk of developing cerebral palsy (germinal matrix hemorrhage, periventricular leukomalacia), cardiac anomalies (patent ductus arteriosus), osteopenia of prematurity, suction swallowing disorders, and severe respiratory challenges-represent the most sensitive population to demonstrate the efficacy and safety of this method. Respiratory distress syndrome can lead to central nervous system injuries due to hypoxia or the documented reduction in brain volume due to prolonged mechanical ventilation processes, since it is an important risk factor for alterations in the brain structure of premature and/or very low birth weight newborns.

Vojta Therapy has shown effectiveness in addressing a wide range of these conditions within a single intervention, which is crucial in NICU settings where limiting procedures is imperative.

This therapy has proven beneficial in improving ventilatory function, suck-swallow coordination, preventing osteopenia of prematurity, and addressing cerebral motor

dysfunction. Moreover, the therapy has been shown to be safe, as evidenced by studies that applied validated neonatal stress and pain scales (e.g., NIPS, PIPP) or neonatal pain, agitation or sedation scale (NPASS), confirming it does not cause pain or distress.

Some references confirming safety and effectiveness:

- **Torró-Ferrero G, Fernández-Rego FJ, Jiménez-Liria MR, Agüera-Arenas JJ, Piñero-Peñalver J, Sánchez-Joya MDM, et al. Effect of physical therapy on bone remodelling in preterm infants: a multicenter randomized controlled clinical trial. BMC Pediatr. (2022) 22:362. doi: 10.1186/s12887-022-03402-2**
- **Giannantonio C, Papacci P, Ciarniello R, Tesfagabir MG, Purcaro V, Cota F, et al. Chest physiotherapy in preterm infants with lung diseases. Ital J Pediatr. (2010) 36:65. doi: 10.1186/1824-7288-36-65**
- **Tana M, et al. Early Respiratory Physiotherapy versus an Individualized Postural Care Program for Reducing Mechanical Ventilation in Preterm Infants: A Randomised Controlled Trial. Children (Basel). 2023 Oct 30;10(11):1761. doi: 10.3390/children10111761. PMID: 38002852; PMCID: PMC10670353.**

The following systematic review recommends TV for the resolution of respiratory problems in children with cerebral palsy at the same level as bronchial clearance techniques and conventional respiratory therapy exercises:

- **Novak, I., Morgan, C., Fahey, M. et al. State of the Evidence Traffic Lights 2019: Systematic Review of Interventions for Preventing and Treating Children with Cerebral Palsy. Curr Neurol Neurosci Rep 20, 3 (2020). https://doi.org/10.1007/s11910-020-1022-z**

Specifically in premature infants with respiratory distress syndrome, TV is the most documented technique according to the following systematic review which includes 6 RCTs and CTs. (SEE ANNEX).

- **Igual Blasco A, Piñero Peñalver J, Fernández-Rego FJ, Torró-Ferrero G, Pérez-López J. Effects of chest physiotherapy in preterm infants with respiratory distress syndrome: a systematic review. Healthcare (Basel). (2023) 11:11. doi: 10.3390/healthcare11081091**

These two studies, which we show below, demonstrate greater effectiveness of TV compared to the usual massage and mobilization techniques with compression for the treatment and prevention of osteopenia in premature babies:

- **- Torró-Ferrero G, Fernández-Rego FJ, Jiménez-Liria MR, Agüera-Arenas JJ, Piñero- Peñalver J, Sánchez-Joya MDM, et al. Effect of physical therapy on bone remodelling in preterm infants: a multicenter randomized controlled clinical trial. BMC Pediatr. (2022) 22:362. doi: 10.1186/s12887-022-03402-2**

- **- Torró-Ferrero G, Fernández-Rego FJ, Agüera-Arenas JJ, Gomez-Conesa A. Effect of physiotherapy on the promotion of bone mineralization in preterm infants: a randomized controlled trial. Sci Rep. (2022) 12:11680. doi: 10.1038/s41598-022-15810-6**

For the treatment of suction-swallowing disorders, the following article highlights the effectiveness of TV in activating the suction-swallowing movement-generating centers in premature infants:

- **Czajkowska M, Fonfara A, Królak-Olejnik B, Michnikowski M, Gólczewski T. The impact of early therapeutic intervention on the central pattern generator in premature newborns - a preliminary study and literature review. Dev Period Med. (2019) 23:178–83. doi: 10.34763/devperiodmed.20192303.178183**

VT showed a reduction in the need for mechanical ventilation and a statistically significant reduction in hemodynamically significant patent ductus arteriosus in the TV group compared to the control.

- **Tana M, Bottoni A et al. Early Respiratory Physiotherapy versus an Individualized Postural Care Program for Reducing Mechanical Ventilation in Preterm Infants: A Randomised Controlled Trial. Children (Basel). 2023 Oct 30;10(11):1761. doi: 10.3390/children10111761. PMID: 38002852; PMCID: PMC10670353**

On the other hand, TV has been shown to activate the postural control required to achieve incomplete items on the GMFM-88 scale and the locomotion stages, and therefore act as an accelerator of motor development in children with Cerebral Palsy under 18 months of age in just two months of intervention. Among other studies: (SEE ANNEX)

- **Sanz-Mengibar JM, Menendez-Pardiñas M, Santonja-Medina F. Is the implementation of Vojta therapy associated with faster gross motor development in children with cerebral palsy? Ideggyogy Sz. (2021) 74:329–36. doi: 10.18071/isz.74.0329**

Based on the accumulated scientific evidence and clinical experience, Vojta Therapy should be considered the gold standard intervention for high-risk CP preterm infants, as it effectively addresses the main comorbidities of this population in a safe and non-invasive manner.

For a comprehensive list of studies (RCTs and CTs), including neurophysiological evidence, neurological disorders in pediatric and adult, non-neurological disorders on pediatric and adult, respiratory applications and Vojta therapy and family, please refer to the attached annex.

ANNEX

BIBLIOGRAPHY (LIST OF RCT AND CT ARTICLES ON VOJTA THERAPY)

Studies in neurophysiological evidence in Vojta Therapy

1. Pérez-Robledo F, Sánchez-González JL, Bermejo-Gil BM, Llamas-Ramos R, Llamas-Ramos I, de la Fuente A, et al. Electromyographic response of the abdominal muscles and stabilizers of the trunk to reflex locomotion therapy (RLT). A preliminary study. J Clin Med. (2022) 11:3866. doi: 10.3390/jcm11133866

2. Kiebzak W, Żurawski A, Głuszek S, Kosztołowicz M, Białek WA. Cortisol levels in infants with central coordination disorders during Vojta therapy. Children (Basel). (2021) 8:8. doi: 10.3390/children8121113

3. Sanz-Esteban I, Cano-de-la-Cuerda R, San-Martín-Gómez A, Jiménez-Antona C, Monge-Pereira E, Estrada-Barranco C, et al. Cortical activity during sensorial tactile stimulation in healthy adults through Vojta therapy. A randomized pilot controlled trial. J Neuroeng Rehabil. (2021) 18:13. doi: 10.1186/s12984-021-00824-4

4. Sanz-Esteban I, Cano-de-la-Cuerda R, San-Martin-Gomez A, Jimenez-Antona C, Monge-Pereira E, Estrada-Barranco C, et al. Innate muscle patterns reproduction during afferent somatosensory input with Vojta therapy in healthy adults. A randomized controlled trial. IEEE Trans Neural Syst Rehabil Eng. (2021) 29:2232–41. doi: 10.1109/ TNSRE.2021.3120369

5. Sanz-Esteban I, Calvo-Lobo C, Ríos-Lago M, Álvarez-Linera J, Muñoz-García D, Rodríguez-Sanz D. Mapping the human brain during a specific Vojta's tactile input. Medicine. (2018) 97:e0253. doi: 10.1097/MD.0000000000010253

6. Hok P, Opavský J, Labounek R, Kutín M, Šlachtová M, Tüdös Z, et al. Differential effects of sustained manual pressure stimulation according to site of action. Front Neurosci. (2019) 13:722. doi: 10.3389/fnins.2019.00722

7. Hok P, Opavský J, Kutín M, Tüdös Z, Kaňovský P, Hluštík P. Modulation of the sensorimotor system by sustained manual pressure stimulation. Neuroscience. (2017) 348:11–22. doi: 10.1016/j.neuroscience.2017.02.005

8. Gajewska E, Huber J, Kulczyk A, Lipiec J, Sobieska M. An attempt to explain the Vojta therapy mechanism of action using the surface polyelectromyography in healthy subjects: a pilot study. J Bodyw Mov Ther. (2018) 22:287–92. doi: 10.1016/j. Jbmt.2017.07.002

9. Opavsky J, Slachtova M, Kutin M, Hok P, Uhlir P, Opavska H, et al. The effects of sustained manual pressure stimulation according to Vojta therapy on heart rate variability. Biomed Papers. (2018) 162:206–11. doi: 10.5507/bp.2018.028

10. Sánchez-González JL, Díez-Villoria E, Pérez-Robledo F, Sanz-Esteban I, Llamas Ramos I, Llamas-Ramos R, et al. Synergy of muscle and cortical activation through Vojta reflex locomotion therapy in young healthy adults: a pilot randomized controlled trial. Biomedicines. (2023) 11:3203. doi: 10.3390/biomedicines11123203

11. Prochazkova M, Tintera J, Spanhelova S, Prokopiusova T, Rydlo J, Pavlikova M, et al. Brain activity changes following neuroproprioceptive "facilitation, inhibition" physiotherapy in multiple sclerosis: a parallel group randomized comparison of two approaches. Eur J Phys Rehabil Med. (2021) 57:356–65. doi: 10.23736/ S1973-9087.20.06336-4

12. Ptak A, Dębiec-Bąk A, Stefańska M. Assessment of viscoelastic parameters of muscles in children aged 4-9 months with minor qualitative impairment of the motor pattern after Vojta therapy implementation. Int J Environ Res Public Health. (2022a) 19:19. doi: 10.3390/ijerph191610448

13. Ptak A, Dębiec-Bąk A, Stefańska M. Thermographic of the microcirculation in healthy children aged 3-10 months as an objective and noninvasive method of assessment. Int J Environ Res Public Health. (2022b) 19:19. doi: 10.3390/ijerph192316072

14. Perales-López L, Fernández-Aceñero MJ. ¿Es transferible la terapia de locomoción refleja a una plataforma de teleneurorrehabilitación en el tratamiento del paciente adulto? Rehabilitación. (2013) 47:205–12. doi: 10.1016/j.rh.2013.04.005

15. Martínek M, Pánek D, Nováková T, Pavlů D. Analysis of intracerebral activity during reflex locomotion stimulation according to Vojta's principle. Appl Sci. (2022) 12:2225. doi: 10.3390/app12042225

16. Řasová K, Bučková B, Prokopiusová T, Procházková M, Angel G, Marková M, et al. A three-arm parallel-group exploratory trial documents balance improvement without much evidence of white matter integrity changes in people with multiple sclerosis following two months ambulatory neuroproprioceptive "facilitation and inhibition" physical therapy. Eur J Phys Rehabil Med. (2021) 57:889–99. doi: 10.23736/ S1973-9087.21.06701-0

Clinical evidence in adults

Adults with neurological disorders.

17. Angelova G, Skodova T, Prokopiusova T, Markova M, Hruskova N, Prochazkova M, et al. Ambulatory Neuroproprioceptive facilitation and inhibition physical therapy improves clinical outcomes in multiple sclerosis and modulates serum 6rotrusi neuroactive steroids: a two-arm parallel-group exploratory trial. Life. (2020) 10:267. Doi:10.3390/life10110267

18. Pavlikova M, Cattaneo D, Jonsdottir J, Gervasoni E, Stetkarova I, Angelova G, et al. The 7rotrusió balance specific physiotherapy, intensity of therapy and disability on static and 7rotrus balance in people with multiple sclerosis: a multi-center prospective study. Mult Scler Relat Disord. (2020) 40:101974. Doi: 10.1016/j.msard.2020.101974

19. Epple C, Maurer-Burkhard B, Lichti M-C, Steiner T. Vojta therapy improves postural control in very early stroke rehabilitation: a randomised controlled pilot trial. Neurol Res Pract. (2020) 2:23. Doi: 10.1186/s42466-020-00070-4

20. Tayati W, Chompunuch N, Wongphaet P. Effect of Vojta therapy on balance and walking of community dwelling chronic stroke patients. ASEAN J Rehabil Med. (2020) 30:21–5.

21. Carratalá-Tejada M, Cuesta-Gómez A, Ortiz-Gutiérrez R, Molina-Rueda F, Luna Oliva L, Miangolarra-Page JC. Reflex locomotion therapy for balance, gait, and fatigue rehabilitation in subjects with multiple sclerosis. J Clin Med. (2022) 11:567. Doi: 10.3390/jcm11030567

22. Lopez LP, Palmero NV, Ruano LG, San Leon Pascual C, Orile PW, Down AV, et al. The implementation of a 7rotru locomotion program according to Vojta produces short term automatic postural control changes in patients with multiple sclerosis. J Bodyw Mov Ther. (2021) 26:401–5. Doi: 10.1016/j.jbmt.2021.01.001

23.Řasová K, Bučková B, Prokopiusová T, Procházková M, Angel G, Marková M, et al. A three-arm parallel-group exploratory trial documents balance improvement without much evidence of 7rotr matter integrity changes in people with multiple sclerosis following two months ambulatory neuroproprioceptive “facilitation and inhibition” physical therapy. Eur J Phys Rehabil Med. (2021) 57:889–99. Doi: 10.23736/S1973-9087.21.06701-0

24. Prochazkova M, Tintera J, Spanhelova S, Prokopiusova T, Rydlo J, Pavlikova M, et al. Brain activity changes following neuroproprioceptive “facilitation, inhibition” physiotherapy in multiple sclerosis: a parallel group randomized comparison of two approaches. Eur J Phys Rehabil Med. (2021) 57:356–65. Doi: 10.23736/S1973-9087.20.06336-4

Clinical evidence in Adults with non-neurological disorders.

25. Ha S-Y, Sung Y-H. Effects of Vojta method on trunk stability in healthy individuals. J Exer Rehabil. (2016) 12:542–7. Doi: 10.12965/jer.1632804.402

26. Juárez-Albuixech ML, Redondo-González O, Tello-Díaz-Maroto I, de la Guía JLT, Villafañe JH, Jiménez-Antona C. Feasibility and efficacy of the Vojta therapy in subacromial impingement 7rotrusi: a randomized controlled trial. J Exerc Rehabil. (2021) 17:256–64. Doi: 10.12965/jer.2142328.164

27. Juárez-Albuixech ML, Redondo-González O, Tello I, Collado-Vázquez S, Jiménez Antona C. Vojta therapy versus transcutaneous electrical nerve stimulation for lumbosciatica 8rotrusi: a quasi-experimental pilot study. J Bodyw Mov Ther. (2020) 24:39–46. Doi: 10.1016/j.jbmt.2019.05.015

28. Łozińska P, Wójtowicz D, Wdowiak P, Dziuba-Słonina A. Changes in kinematic parameters during walking in adults with low back pain subjected to Vojta therapy. A pilot study Pq. (2019) 27:22–8. Doi: 10.5114/pq.2019.84273

29. Iosub ME, Ianc D, Sîrbu E, Ciobanu D, Lazăr L. Vojta therapy and conservative physical therapy versus physical therapy only for lumbar disc 8rotrusión: a comparative cohort study from Romania. Appl Sci. (2023) 13:2292. Doi: 10.3390/app13042292

Clinical evidence in pediatrics

Children with neurological disorders

30. Ha S-Y, Sung Y-H. Effects of Vojta approach on diaphragm movement in children with spastic cerebral palsy. J Exer Rehabil. (2018) 14:1005–9. doi: 10.12965/ jer.1836498.249

31. Ha S-Y, Sung Y-H. Vojta therapy affects trunk control and postural sway in children with central Hypotonia: a randomized controlled trial. Children (Basel). (2022) 9:9. doi: 10.3390/children9101470

32. Kavlak E, Ayse U, Fatih T, Ahmed Ahmed H, Sakkaf A. Comparison of the effectiveness of Bobath and Vojta techniques in babies with Down syndrome: randomized controlled study. Ann Clin Anal Med. (2022) 13:13. doi: 10.4328/ ACAM.20830

33. Li H, Yu H, Sang L, Ma H. Association of therapeutic occasion, gross motor function grading and developmental level with gross motor functional recovery in children with cerebral palsy. Neural Regen Res.(2007) 2:548–51.doi: 10.1016/ S1673-5374(07)60110-8

34. Sanz-Mengibar JM, Menendez-Pardiñas M, Santonja-Medina F. Is the implementation of Vojta therapy associated with faster gross motor development in children with cerebral palsy? Ideggyogy Sz. (2021) 74:329–36. doi: 10.18071/isz.74.0329

35. Phongprapapan P, Boontawrach J, Adulkasem N, Eamsobhana P. Functional outcome of Vojta therapy as a postoperative protocol for surgically treated patients with cerebral palsy. JseaOrtho. (2024) 48. doi: 10.56929/jseaortho-2023-0183

36. Sung Y-H, Ha S-Y. The Vojta approach changes thicknesses of abdominal muscles and gait in children with spastic cerebral palsy: a randomized controlled trial, pilot study. Technol Health Care. (2020) 28:293–301. doi: 10.3233/THC-191726

37. Nipaporn K, Lakkana C, Suwandee E, Atchariyaporn L, Sopatip R. Effectiveness of Vojta therapy on gross motor function in children with cerebral palsy at GMFCS levels 4

and 5: a randomized controlled trial. J Med Assoc Thail. (2022) 105:1120–6. doi: 10.35755/jmedassocthai.2022.11.13705

38. Ungureanu A, Rusu L, Rusu MR, Marin MI. Balance rehabilitation approach by Bobath and Vojta methods in cerebral palsy: a pilot study. Children. (2022) 9:1481. doi: 10.3390/children9101481

Studies on pediatrics with non-neurological disorders.

39. Torró-Ferrero G, Fernández-Rego FJ, Jiménez-Liria MR, Agüera-Arenas JJ, Piñero-Peñalver J, Sánchez-Joya MDM, et al. Effect of physical therapy on bone remodelling in preterm infants: a multicenter randomized controlled clinical trial. BMC Pediatr. (2022) 22:362. doi: 10.1186/s12887-022-03402-2

40. Zmyślna A, Kiebzak W, Żurawski A, Pogorzelska J, Kotela I, Kowalski TJ, et al. Effect of physiotherapy on spinal alignment in children with postural defects. Int J Occup Med Environ Health. (2019) 32:25–32. doi: 10.13075/ijomeh.1896.01314

41. Hohendahl L, Hohendahl J, Lemhöfer C, Best N. The effect of pediatric physiotherapy on positional Plagiocephaly: a retrospective trial. Physikalische Medizin Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin. (2023) 33:344–51. doi: 10.1055/a-1917-0677

42. Wójtowicz D, Roshko J, Ptak A, Dębiec-Bąk A, Skrzek A. The efficiency of rehabilitation for self-service eating in institutionalized children aged 2–6 years with mental and motor retardation. Pq. (2017) 25:10–6. doi: 10.5114/pq.2018.73367

43. Jung MW, Landenberger M, Jung T, Lindenthal T, Philippi H. Vojta therapy and neurodevelopmental treatment in children with infantile postural asymmetry: a randomised controlled trial. J Phys Ther Sci. (2017) 29:301–6. doi: 10.1589/ jpts.29.301

44. Bragelien R, Røkke W, Markestad T. Stimulation of sucking and swallowing to promote oral feeding in premature infants. Acta Paediatr. (2007) 96:1430–2. doi: 10.1111/j.1651-2227.2007.00448.x

45. Torró-Ferrero G, Fernández-Rego FJ, Agüera-Arenas JJ, Gomez-Conesa A. Effect of physiotherapy on the promotion of bone mineralization in preterm infants: a randomized controlled trial. Sci Rep. (2022) 12:11680. doi: 10.1038/s41598-022-15810-6

46. Michal O, Anna M. Assessment of the impact of the correctivecompensatory exercises and the elements of Vojta therapy on the angle of trunk rotation in children with idiopathic scoliosis – preliminary study. Fizjiterapia Polska. (2022):22.

47. Ptak A, Dębiec-Bąk A, Stefańska M. Assessment of viscoelastic parameters of muscles in children aged 4-9 months with minor qualitative impairment of the motor pattern after Vojta therapy implementation. Int J Environ Res Public Health. (2022a) 19:19. doi: 10.3390/ijerph191610448

Studies on pediatrics with respiratory disorders.

48. Giannantonio C, Papacci P, Ciarniello R, Tesfagabir MG, Purcaro V, Cota F, et al. Chest physiotherapy in preterm infants with lung diseases. Ital J Pediatr. (2010) 36:65. doi: 10.1186/1824-7288-36-65

49. Gharu RGM, Bhanu . Effect of Vojta therapy and chest physiotherapy on preterm infants with respiratory distress syndrome-an experimental study. Indian J Physio Occup Ther. (2016) 10:72. doi: 10.5958/0973-5674.2016.00122.2

50. Kole J, Metgud D. Effect of lung squeeze technique and reflex rolling on oxygenation in preterm neonates with respiratory problems: a randomized controlled trial. Indian J Health Sci Biomed Res. (2014) 7:15. doi: 10.4103/2349-5006.135028

51. Kaundal N, Mittal S, Bajaj A, Thapar B, Mahajan K. To compare the effect of chest physiotherapy and chest physiotherapy along with reflex rolling on saturation of peripheral oxygen and respiratory rate in preterm with respiratory distress syndrome. Indian J Physiother Occup Ther Int J. (2016) 10:137. doi: 10.5958/0973-5674.2016.00135.0

52. Böhme B, Futschik M. Improved lung function by Vojta-therapy in bonchopulmonary dysplasia. Monatsschr Kinderheilkd. (1995) 143:1231–4.

53. El-Shaarawy MK, Abdel Rahman SA, Fakher M, Salah EWMA. Effect of reflex rolling on oxygen saturation and incubation period in preterm neonates with respiratory distress syndrome. Int J Dev Res. (2017) 7:11319–23.

54. Ha S-Y, Sung Y-H. Effects of Vojta method on trunk stability in healthy individuals. J Exer Rehabil. (2016) 12:542–7. doi: 10.12965/jer.1632804.402

55. Ha S-Y, Sung Y-H. Effects of Vojta approach on diaphragm movement in children with spastic cerebral palsy. J Exer Rehabil. (2018) 14:1005–9. doi: 10.12965/ jer.1836498.249

STUDIES ON VOJTA THERAPY AND FAMILY

56. Martínez MT, Pérez López J. Terapia Vojta, desarrollo psicológico y apego infantil en poblaciones de riesgo biológico. Acción psicológica, ISSN 1578-908X, Vol. 8, Nº. 2, 2011, págs. 87-97

57.Pérez López J, Martínez Fuentes M T. Estrés materno, riesgo biológico y el tratamiento vojta: Sus relaciones 6 meses después del nacimiento. International Journal of Developmental and Educational Psychology: INFAD. Revista de Psicología, ISSN 0214-9877, Vol. 1, Nº. 1, 2011, págs. 231-240

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA VOJTA

AEVO

Pozuelo de Alarcón (Madrid) 28224. Calle Miguel Servet, 6. Madrid

info@vojta.es.

www.Vojta.es

Nr.58/07.07.2025

An die Rumänische Vojta-Gesellschaft,

Ich, die Unterzeichnete, Dr. Roxana Varga, leitende Ärztin der Abteilung für Neonatologie im Kreiskrankenhaus für Notfälle Satu Mare, möchte hiermit im Namen des gesamten medizinischen Teams der Abteilung für Neonatologie auf Ihr Schreiben vom 14.05.2025 antworten.

Die Abteilung für Neonatologie des Kreiskrankenhauses Satu Mare empfiehlt die Vojta-Therapie für Frühgeborene sowie für Neugeborene mit neurologischen Beeinträchtigungen, mit dem Ziel, deren Entwicklung zu überwachen und motorische Defizite zu therapieren.

Während der gesamten bisherigen Zusammenarbeit, die sich über einen Zeitraum von etwa acht Jahren erstreckt, bestätigen wir die Fortschritte, die diese Neugeborenen und Säuglinge unter der von der Physiotherapeutin Emese Tünde Szatvari durchgeführten Therapie gemacht haben. Wir möchten betonen, dass wir keine negativen Auswirkungen infolge dieser Therapie festgestellt haben.

Mit Hochachtung,

Dr. Roxana Varga
Fachärztin für Neonatologie
Kreiskrankenhaus für Notfälle Satu Mare

Spitalul Judeţean de Urgenţă Satu Mare

SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚĂ SATU MARE
Satu Mare str. Ravensburg nr.1-3, Jud.Satu Mare cod: 440192
Tel: 0261/727050; Fax: 0261/727347e-mail: office@sjusm.ro

ANMCS
unitate aflată în
PROCES DE ACREDITARE

SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚĂ SATU MARE
SECȚIA NEONATOLOGIE

Nr.58/ 07.07.2025

Catre,
Societatea Romana Vojta,

Subsemnata Varga Roxana, medic sef sectie Neonatologie in cadrul Spitalului Judetean de Urgenta Satu Mare prin prezenta doresc sa raspund adresei dumneavoastra din data de 14.05.2025 in numele intregului colectiv medical al sectiei de Neonatologie.

Sectia Neonatologie a SJUSM recomanda terapia Vojta nou nascutilor prematuri si nou nascutilor cu afectare neurologica in scopul monitorizarii evolutiei si a recuperarii deficitelor motorii inregistrate de acestia. Pe intreaga durata a colaborarii, cu o vechime de aproximativ 8 ani confirmam progresul realizat de acesti nou nascuti si sugari sub terapia aplicata de fizioterapeut Emese Tunde Szatvari si dorim sa mentionam ca nu am constatat o afectare datorata acestei terapii.

Cu stima,

Roxana Varga
Medic primar neonatolog
Spital Judetean de Urgenta Satu Mare

Dr. VARGA V. ROXANA
medic primar neonatologie
Cod: B[illegible]

Internationale
Vojta Gesellschaft e.V.

Int. Vojta Gesellschaft e.V. Wellersbergstr. 60 D-57072 Siegen

Gemeinsamer Bundesausschuss
Unterausschuss Veranlasste Leistungen
c/o Dr. med. Bernhard van Treeck
Postfach 120606
10596 Berlin

Siegen, den 04.09.2025

Weiterleitung des Schreibens des kinderorthopädischen Zirkels der KVN zur Überprüfung der Heilmittel-Richtlinie (Krankengymnastik bei ZNS-Erkrankungen)

Sehr geehrter Herr Dr. van Treeck,

die Mitglieder des kinderorthopädischen Zirkels der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) haben uns das beigefügte Schreiben zusammen mit dem Fragebogen zur Überprüfung der Heilmittel-Richtlinie im Hinblick auf die Regelungen zur Krankengymnastik bei ZNS-Erkrankungen mit der Bitte um Weiterleitung an Sie übermittelt.

Gerne kommen wir diesem Anliegen nach und leiten Ihnen das Schreiben hiermit zur Kenntnisnahme und Berücksichtigung im Rahmen des Beratungsverfahrens zu.

Mit freundlichen Grüßen

i. A. Melanie Stinner
Sekretariat

Anlagen

Geschäftsstelle Siegen:
Internationale Vojta Gesellschaft e.V.
Wellersbergstraße 60
57072 Siegen
GERMANY

Telefon +49 (0)271/30 38 39-99
Fax +49 (0)271/30 38 39-98
Internet: www.vojta.com
eMail: info@vojta.com

Internationale Vojta Gesellschaft e.V.
USt-IdNr: DE302139223
Vereinregister Siegen
VR-6016

An die Internationale Vojta Gesellschaft e.V.
Wellersbergstraße 60
57072 Siegen

Betreff:
Stellungnahme zur Einleitung des Beratungsverfahrens zur Überprüfung der Regelungen zur KG ZNS Kinder nach Vojta

Anlage:
Fragebogen des GBA zur Überprüfung der HM Richtlinie zur Behandlung von ZNS Erkrankungen

Zur Vorlage beim gemeinsamen Bundesausschuss, Berlin

Sehr geehrte Damen und Herren,

Im Namen der unten gezeichneten Mitglieder des kinderorthopädischen Zirkels der KVN möchten wir uns zu dem Beratungsverfahren zur Überprüfung der Volta Therapie als einzeln aufgeführtem Heilmittel äußern.

Der als Anlage beigefügte Fragebogen wurde uns über Umwege zugeführt. Unter welchen Kriterien die Empfänger der Fragebögen ausgewählt wurden, erschließt sich uns ebenso wenig wie die eigentliche Begründung der Überprüfung, die nur durch Hörensagen und Mundpropaganda aus früheren nun nicht mehr einsehbaren Schreiben des GBA zu uns herüber geschwappt ist.
Die reine Möglichkeit, dass die Vojta Therapie nicht mehr verordnet werden könnte, entsetzt uns sehr.
Daher möchten wir die Möglichkeit nutzen, Ihnen auch von unserer Seite den Fragebogen zukommen zu lassen und stehen gern zu weiteren Diskussionen aus der verordnenden praxisnahen langjährigen Erfahrungsfront zur Verfügung.

Dr. med. Andreas Behra
Dr. med. Bastian Fregien
Dr. med. Kerstin Goldschald
Ramy Hilal
Ruth Kamping
Dr. med. Agnes Kurtz
Dr. med. Heinrich Kronewid
Prof. Dr. med. Stephan Martin
Dr. med. Caroline Schlüter
Dr. med. Isolde Schneider
Dr. med. Anneke Thren
Hannelore Willenborg
Dr. med. Cornelia Wittenberg

Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie, Zusatzbezeichnung Kinderorthopädie, Mitglieder des kinderorthopädischen Zirkels der KVN

FRAGEBOGEN
Überprüfung der Heilmittel-Richtlinie hinsichtlich der Regelungen zur Krankengymnastik zur Behandlung von ZNS-Erkrankungen

Gemeinsamer Bundesausschuss

Bitte fügen Sie den Namen Ihrer Organisation ein Kinderorthopäden Zirkel Hannover, 24.07.2025 Datum

Teil I Allgemeine Fragen zur Vojta-Therapie

1. Welche wesentlichen Wirkprinzipien liegen Ihrer fachlichen Ansicht nach der Vojta-Therapie zugrunde?

1.1 Welche der genannten Wirkprinzipien sind für die Behandlung von Erkrankungen des zentralen Nervensystems (einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen) relevant?

1.2 Gibt es hinsichtlich der Wirkprinzipien Unterschiede in der Behandlung von Säuglingen und Kindern und Erwachsenen?

1.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

Bitte geben Sie hier Ihre Antwort ein.

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?

2.1 Entspricht die Behandlung nach dem Vojta-Konzept dem heutigen allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse?

2.2 Gibt es zu dem derzeit praktizierten Vojta-Konzept aktuelle relevante Unterlagen und Dokumente (z. B. Curricula, Anleitungen für Bezugspersonen, Aufklärungen etc.) und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

Bitte geben Sie hier Ihre Antwort ein.

3. Wird die Vojta-Therapie heute noch als eigenständige Therapieform angewandt, oder wird sie in der Praxis zunehmend mit anderen Konzepten kombiniert?

3.1 Falls sie kombiniert wird: Mit welchen anderen Therapieansätzen wird sie häufig verknüpft?

3.2 Gibt es Evidenz zur Wirksamkeit dieser kombinierten Ansätze?

Bitte geben Sie hier Ihre Antwort ein.

4. Bei welchen Erkrankungen des zentralen Nervensystems (einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen) sollte Ihrer fachlichen Ansicht nach die Vojta-Therapie angewendet werden?

4.1 Indikationen bei Säuglingen und Kindern?

4.2 Indikationen bei Erwachsenen?

Bitte geben Sie hier Ihre Antwort ein.

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)?

5.1 Kontraindikationen bei Säuglingen und Kindern?

5.2 Kontraindikationen bei Erwachsenen?

Bitte geben Sie hier Ihre Antwort ein.

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?

6.1 Bitte beschreiben Sie diese Bestandteile näher.

6.2 Gibt es einen Unterschied in der Behandlung von Säuglingen und Kindern und Erwachsenen?

6.3 Welcher Anteil der Therapie wird bei der Behandlung von Physiotherapeutinnen und -therapeuten erbracht und welcher Anteil der Therapie ist von den Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige) durchzuführen?

6.3.1 Bei Säuglingen und Kindern?

6.3.2 Bei Erwachsenen?

Bitte geben Sie hier Ihre Antwort ein.

7. Gibt es Ihrer fachlichen Ansicht nach physiotherapeutische Behandlungsalternativen zur Therapie nach Vojta bei Erkrankungen des zentralen Nervensystems?

7.1 Bei Säuglingen und Kindern?

7.2 Bei Erwachsenen?

Bitte geben Sie hier Ihre Antwort ein.

8. Welche Rolle/Bedeutung haben Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige) Ihrer fachlichen Ansicht nach im Behandlungskonzept der Vojta-Therapie und nach welchen Entscheidungskriterien/Kontraindikationen werden Bezugspersonen aktiv in die Behandlung einbezogen (z. B. selbstständige Durchführung im häuslichen Umfeld)?

8.1 Bei Säuglingen und Kindern?

8.2 Bei Erwachsenen?

Bitte geben Sie hier Ihre Antwort ein.

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?

9.1 Bei Säuglingen und Kindern?

9.2 Bei Erwachsenen?

Bitte geben Sie hier Ihre Antwort ein.

10. Welche Mechanismen oder Protokolle existieren, um mögliche unerwünschte Wirkungen frühzeitig und auch im Langzeitverlauf zu erkennen und zu dokumentieren?

10.1 Bei der Anwendung durch Physiotherapeutinnen und -therapeuten?

10.2 Bei der Anwendung durch Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige)?

10.3 Gibt es hierzu relevante Unterlagen/Dokumente und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

Bitte geben Sie hier Ihre Antwort ein.

Teil II Besondere Fragen zur Vojta-Therapie bei Säuglingen und Kindern

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich ausschließlich auf die Behandlung von Erkrankungen des zentralen Nervensystems (einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen) bei der Durchführung der Vojta-Therapie bei Säuglingen und Kindern.

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)?

Bitte geben Sie hier Ihre Antwort ein.

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?

12.1 Wenn ja, bitte beschreiben Sie diese näher.

12.2 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

Bitte geben Sie hier Ihre Antwort ein.

13. Besteht Ihrer fachlichen Ansicht nach bei der unmittelbaren Anwendung der Vojta-Therapie bei Säuglingen und Kindern ein daraus folgendes Schädigungspotenzial?

13.1 Bei der Anwendung durch Physiotherapeutinnen und -therapeuten?

13.2 Bei der Anwendung durch Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige)?

13.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

Bitte geben Sie hier Ihre Antwort ein.

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)?

14.1 Bei der Anwendung durch Physiotherapeutinnen und -therapeuten?

14.2 Bei der Anwendung durch Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige)?

14.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

Bitte geben Sie hier Ihre Antwort ein.

15. Welche psychischen Belastungen oder direkten Stressreaktionen können Ihrer fachlichen Ansicht nach bei der Durchführung der Vojta-Therapie entstehen?

15.1 Bei Säuglingen und Kindern?

15.2 Bei Bezugspersonen (z. B. Eltern, weiteren Angehörigen)?

15.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

Bitte geben Sie hier Ihre Antwort ein.

16. Hat sich die fachliche Einschätzung hinsichtlich der psychischen Belastbarkeit von Säuglingen und Kindern sowie 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?

Bitte geben Sie hier Ihre Antwort ein.

Anlage Fragebogen des GBA zur Überprüfung der HM Richtlinie hinsichtlich der Regelungen zur Krankengymnastik zur Behandlung von ZNS Erkrankungen
Unterzeichnende Mitglieder des Kinderorthopädie Zirkel KVN

Teil I

1.1 Ansteuerung und Reintegration/Reorganisation von physiologisch angelegten Bewegungsmustern
Förderung der neurophysiologischen Reifung/Entwicklung des ZNS

1.2 Nein, die Wirkprinzipien sind die gleichen.
Da die Regenerationsprozesse des Gehirns aber ab dem 4. LJ nachlassen, ist ein früher Behandlungsbeginn wünschenswert.

1.3 Alle Quellen liegen bei der internationalen Vojta Gesellschaft (IVG) vor https://www.zotero.org/libraries)

2.1 Ja

2.2 Alle Quellen liegen bei der internationalen Vojta Gesellschaft (IVG) vor https://www.zotero.org/libraries

3 Die Vojta Therapie wird je nach Bedarf und Indikationsstellung selbstverständlich in Kombination mit anderen Therapieformen angewandt. Sie stellt ein wichtiges zusätzliches Tool im therapeutischen Portfolio dar.

3.1 manuelle Therapie, Osteopathie, Bobath Therapie

3.2 Gerade im manualtherpeutischen Ansatz zeigen sich durch bestehende Funktionsstörungen im muskuloskelettalen System oft früh im Säuglingsalter gestörte physiologische Bewegungsmuster, die dann manualtherapeutisch in Kombination mit der Vojta Therapie sehr schnell reintegriert werden können.
Hier ist eine sehr rasche neurophysiologischen Reifung und Wiederherstellung der Symmetrie zu beobachten, die sonst später durch weitaus langwierigere und teurere Therapien wie Ergotherapie behandelt werden muss.

Studien hierzu sind nicht bekannt, aber langjährige Erfahrung versierter manualtherapeutisch tätiger Kinderorthopäden, Therapeuten und Eltern.

4.1 ZNS Erkrankungen:
cerebrale Bewegungsstörungen, ICP, Entwicklungsverzögerung diverser Genese (syndromal, idiopathisch, Hirnfehlbildung, Hydrocephalus)

Tonusasymmetrien/Tonusregulationsstörung durch manualtherapeut. Funktionsstörungen Säuglingsskoliosen, kongenitaler muskulärer Schiefhals

early Onset Skoliosen, wenn die Kinder der KG nach Schroth noch nicht zugeführt werden können

parallel zur Orthesenbehandlung Zentrierung der kongenitalen Hüftluxation/schweren Dysplasien,

Fußfehlstellungen mit schwerer Muskeltonusasymmetrie, kong. Pes Equinovarus

4.2 neurodegenerative Erkrankungen, Z.n. ICB/SHT, Apoplex, MS

5.1 Osteogenesis imperfecta, maligne Erkrankungen, kardiale Erkrankungen

5.2 siehe 5.1, zus. Schwangerschaft

6 Der Behandlungsplan wird individuell nach ausführlicher Befundung, Krankheitsbild und Belastbarkeit der Patienten/der Angehörigen (inklusive deren Mitwirkungsfähigkeit) festgelegt

6.2 ja

6.3 Dies ist individuell nach Lebenssituation, Fähigkeit der Mitwirkung und Krankheitsbild individuell festzulegen

7.1 Ja. Allerdings weitaus nicht so effektiv und damit auch deutlich länger in der Behandlungsdauer und damit kostenintensiver. Einige der Symptome/Folgeerscheinungen wie Plagiocephalie, aber auch dezentrierte Hüftgelenke können so nicht zeitgerecht behandelt werden und bewirken daher u U nicht reversible Mehrerkrankungen/ Folgeerscheinungen sowie kostenintensive Mehrbehandlungen (Kopforthesen, offene Repositionen, stationäre Aufenthalte mit Fettweiss Gips, MRT, etc)

7.2 In einzelnen Indikationen Bobath Therapie, allerdings der Erfahrung nach deutlich weniger effektiv.

8.1 Die Anleitung der Bezugspersonen/Betreuungspersonen hat einen entscheidenden Anteil an der Effektivität der Vojta Behandlung. Durch regelmäßiges und häufiges Aktivieren der physiologischen Bewegungsmuster wird es schneller reintegriert und damit das therapeutische Ziel schneller erreicht.
Die Bezugspersonen werden entsprechend ihrer Kompetenz und der Reaktion des Kindes in die Durchführung der Therapie mit einbezogen, kontrolliert und angeleitet um eine sichere Umsetzung im häuslichen Rahmen zu gewährleisten.

8.2 Bei Erwachsenen gilt es eher, durch die Anleitung der Bezugspersonen den Status quo zu erhalten. Daher ist die Einbindung hier von geringerer Bedeutung im Vergleich zu den Säuglings Ko-Therapeuten.

9 Sowohl bei Erwachsenen aber insbesondere auch bei Säuglingen ist die Einbindung der Bezugspersonen als Ko-Therapeuten bei jeder Therapieeinheit zu erfolgen. Die Personen werden in ihrer Anwendung am Patienten kontrolliert, die Reaktion der Kinder wird beobachtet, ggf. bestehende Fehlerquellen erläutert. Die Erfahrungen und Sorgen der Ko-Therapeuten werden besprochen und Fragen beantwortet.

10.1 Wie bei jeder Physiotherapie gilt es, den Fortschritt und individuelle Besonderheiten zu dokumentieren und die Ziele im Verlauf erneut dem Entwicklungsstand des Kindes/ neurologischen Zustand des Erwachsenen anzupassen und (gemeinsam mit den Bezugspersonen und betreuendem und rezeptierenden Arzt) festzulegen.
Standardisierte Bögen existieren unseres Wissens nach nicht, sind aber unserer Meinung nach bei den unterschiedlichen Zielen und individuellen Bedürfnissen auch schwer umzusetzen. Eine individuelle und auf Patienten und deren Ko-Therapeuten abgestimmte Dokumentation erfolgt.

Teil II

11 Die von V. Vojta etablierte Therapie wurde spezifisch für die Therapie des reifungsverzögerten, unreifen oder geschädigten ZNS (zentralen Nervensystems) entwickelt. Sie zielt darauf ab, physiologische Entwicklungsschritte und Reflexentwicklung des Säuglings zu integrieren.
Die Bobath Therapie wurde für erwachsene Patienten mit Zustand nach Apoplex entwickelt. Hier wird das reife (!) geschädigte ZNS behandelt, welche die physiologischen Bewegungsmuster im Vorfeld bereits integriert hatte.

12.1 Gerade bei Kindern erweist sich das Vojta Prinzip als deutlich effektiver und damit auch kürzer in der Behandlungsdauer bei geringeren Behandlungskosten im Vergleich zum Bobath Konzept. Etwaige Folgeerscheinungen können somit effektiver verhindert werden.

12.2 Die unter 12.1 genannte Aussage beruht auf jahrzehntelanger Erfahrung in der Rezeptierung und Überprüfung der Ergebnisse beider Verfahren der im Briefkopf genannten Kinderorthopäden. Quellen oder Studien hierzu sind uns nicht bekannt.

13.1-13.2 Trotz jahrzehntelanger Erfahrung ist uns kein Fall bekannt

13.3 Wissenschaftliche Quellen hierzu sind uns nicht bekannt. Ggf abzufragen bei der deutschen Vojta Gesellschaft.

14.1-14.2 Trotz jahrzehntelanger Erfahrung ist uns kein Fall bekannt.

14.3 Wissenschaftliche Quellen hierzu sind uns nicht bekannt. Ggf abzufragen bei der deutschen Vojta Gesellschaft.

15.1 Die Sprache des Säuglings und Kleinkindes bis zum 2. LJ ist der laute Protest. Da die Vojta Therapie anstrengend ist, wird dieser Unmut durch Schreien bzw Schimpfen kund getan. Diese Reaktion ist vergleichbar mit einem „Tob- und Wutanfall" eines Kleinkindes. Sie übersteigen nicht das Maß, welches wir bei anderen kinderorthopädischen Therapien (Anlage eines Klumpfußredressionsgipses, Korsett/Orthesenanlage), oder gar durch die reine Anwesenheit des Arztes bei der gewünschten Untersuchung eines Kleinkindes erfahren.
„Echte" Stressreaktionen, die eine langfristige vegetative Begleitreaktion nach sich ziehen, sind uns nicht bekannt.

15.2 Keine. Voraussetzung ist wie bei allen therapeutischen Maßnahmen eine einfühlsame Aufklärung über Befund, Ziel und Methode der Therapie sowie die Aufklärung über die zu erwartende Reaktion des Kindes.

16 Unserer Meinung nach nein.
Eher berichten Eltern, deren Kinder zuvor nach anderen Therapie Methoden (z B Bobath) behandelt wurden, von nun sehr viel schneller sichtbaren Fortschritten. Bei gut aufgeklärten Eltern, die auch schon zuvor ärztlicherseits über den Sinn und Zweck der gewählten und rezeptierten Therapiemethode vorbereitet wurden, ist die psychische Belastbarkeit durchweg gegeben und keine bzw sehr geringe Therapieabbruchrate bekannt. Die Therapiedauer ist deutlich verkürzt und wird von den Bezugspersonen durchweg als Fortschritt positiv wahrgenommen.

Eine nicht in frühen Säuglings/Kleinkindalter reintegrierte physiologische Motorik führt vielmehr zu kostenintensiven Folgetherapien wie Ergotherapie und Physiotherapie auf Grund von muskuloskelettalen und koordinativen Defiziten. Dies sollte vielmehr Berücksichtigung finden bei auch dort sicherlich zu erwartenden psychischen Folgeerkrankungen.

Fundacja
PROMYK SŁOŃCA

Organizacja Pożytku Publicznego, KRS 0000090215

Gemeinsamer Bundesausschuss
Gutenbergstraße 13
10587 Berlin

Wrocław, den 05.11.2025

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Zusammenhang mit dem Beratungsverfahren des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) **zur Überprüfung der Regelungen in der Heilmittelrichtlinie zur Krankengymnastik zur Behandlung von ZNS-Erkrankungen** möchten wir mit Ihnen unsere Erfahrungen im Zusammenhang mit dem Unterrichten und der Anwendung der Diagnostik- und Behandlungsmethode nach Vojta bei Säuglingen, Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit motorischen Störungen teilen.

„Promyk Słońca" ist eine gemeinnützige Organisation, die seit 1991 besteht und behinderte und behinderungsgefährdete Kinder und ihre Familien unterstützt. Seit mehr als zwei Jahrzehnten organisieren wir in Kooperation mit der Internationalen Vojta Gesellschaft Diagnostik- und Therapiekurse nach Vojta für Ärzte und Physiotherapeuten. Bis jetzt haben wir fast eintausend Physiotherapeuten und über eintausend Ärzte ausgebildet.

Die Behandlung nach Vojta gehört zu den anerkannten Behandlungsansätzen, die durch gesetzliche Krankenversicherung (poln. Narodowy Fundusz Zdrowia) finanziert werden und wird unter anderen durch die im unseren medizinischen Zentrum angestellten Physiotherapeuten angewendet. Seit den Anfängen der Kooperation mit der IVG sind bei uns nie Beschwerden oder Informationen eingegangen, die auf potentiell schädliches Potential der Behandlung nach Vojta hinweisen könnten. Im Gegenteil: wir wissen, dass damit Tausenden von Kindern geholfen wurde, indem man sie vor lebenslanger Behinderung schützen bzw. die Ausmäße ihrer Folgen reduzieren konnte.

mit freundlichen Grüssen

Generaldirektorin der Stiftung „Promyk Słońca"

Fundacja „Promyk Słońca"
ul. Złota 61/100, 00-819 Warszawa
el. 22/250 15 52, fax. 22/250 15 42

www.promykslonca.pl
fundacja@promykslonca.pl
sekretariat@promykslonca.pl

Oddział Fundacji „Promyk Słońca"
ul. Swobodna 8a, 50-088 Wrocław
tel. 71/782 77 77 w. 30, 71/79 50 951

An den
Gemeinsamen Bundesausschuss
Postfach 12 06 06
10596 Berlin

Biberach an der Riß, den 10.01.2026

Sehr geehrte Damen und Herren,

Betreff: Bitte um Überprüfung der Kostenübernahme der Vojta- Therapie im Rahmen der Heilmittelversorgung. Mit der Bitte um Weiterleitung an den zuständigen Unterausschuss (Heilmittel/Methodenbewertung)

ich wende mich an Sie mit der Bitte um Überprüfung der aktuellen Entwicklung im Hinblick auf die Kostenübernahme der Vojta – Therapie durch die gesetzlichen Krankenkassen. Nach meinem Kenntnisstand wird derzeit angestrebt, die Vergütung dieser Therapieform einzuschränken oder zu entziehen. Dieses Vorhaben bereitet mir aus fachlicher, versorgungsmedizinscher und gesundheitspolitischer Sicht große Sorge.

Zu meiner Person

Mein Name ist **Barbara Zukunft-Huber**, wohnhaft in Biberach an der Riß.
Von 1970 bis 1977 war ich in Berlin tätig, anschließend von 1977 bis 2017 als niedergelassene Kinderphysiotherapeutin in Biberach/Riß. Auch nach meiner Praxistätigkeit bin ich weiterhin als Referentin und Dozentin tätig und halte nationale sowie internationale Seminare und Fachvorträge.

Meine Ausbildung zur Physiotherapeutin absolvierte ich an Kliniken in München, Innsbruck und Berlin. Ich bin umfassend vertraut mit frühkindlichen Bewegungstherapien wie **Bobath, Vojta und Castillo-Morales**, mit manualtherapeutischen Techniken, der **Brunkow- und E-Technik**, der **kraniosakralen Therapie** sowie mit pädagogischen Ansätzen nach **Montessori**.

Ich bin Autorin mehrerer Fachpublikationen (Bücher, Fachartikel, Plakate), in denen ich meine jahrzehntelangen praktischen Erfahrungen in der Behandlung von Säuglingen und Kindern mit neurologischen Entwicklungsstörungen darlege. Eine Übersicht meiner Veröffentlichungen findet sich unter www.zukunft-huber.de (Rubrik „Veröffentlichungen“).

Beigefügte Unterlagen

Dem Schreiben beigefügt übersende ich Ihnen:

- mein aktuelles Buch *„Kommt mein Kind zum Laufen?“*, (gerne per Post)
- zwei Rezensionen zu diesem Buch,
- eine praxisnahe Falldarstellung.
- Zwei Artikel über Kinder mit spastischer Diparese

Diese Unterlagen sollen verdeutlichen, weshalb die Vojta-Therapie aus meiner fachlichen Sicht weiterhin eine medizinisch notwendige, wirksame und langfristig auch kosteneffiziente Therapieform darstellt, insbesondere bei Kindern mit infantiler Cerebralparese (ICP).

Zur derzeit gängigen Therapiepraxis

In der aktuellen Versorgungspraxis wird häufig eine frühe Vertikalisierung von Kindern mit neurologischen Auffälligkeiten angestrebt, wie sie unter anderem im Film *„Das Bobath-Konzept“* **https://www.youtube.com/watch?v=y_pN3m5w5QQ** dargestellt wird. Kinder mit ICP werden dabei aktiv zum Sitzen, Stehen und Gehen angeleitet, oftmals unter Einsatz von Rollatoren, Stehständern, Orthesen oder Gipslagerungen.

Die Diagnose einer infantilen Cerebralparese erfolgt jedoch häufig erst gegen Ende des ersten Lebensjahres. Kinder werden in der Regel mit **anatomisch unauffälligen** Hüft- und Fußgelenken geboren. Im weiteren Verlauf entwickeln sich jedoch zunehmend Fehlstellungen, insbesondere Spitzfußstellungen, Knie- und Beugefehlstellungen des Beckens sowie Hüftluxationen.

Aus meiner langjährigen klinischen Erfahrung führt eine frühe vertikale Belastung zu einer Zunahme der Spastizität. In der Folge werden heutzutage invasive Maßnahmen empfohlen, unter anderem:

- Botulinumtoxin-Injektionen,
- operative Faszienritzungen (z. B. nach Ulzibat),
- dorsale Rhizotomie,
- Baclofen-Pumpen.

Diese Verfahren behandeln aus meiner Sicht überwiegend Symptome, ohne ursächlich auf die gestörte Bewegungsentwicklung einzuwirken.

Bewertung der derzeitigen Praxis

1. **Medikamentöse Therapie (z. B. Botulinumtoxin)**
    - zeitlich begrenzte Wirkung,
    - wiederholte Eingriffe erforderlich,
    - mögliche Nebenwirkungen und Kraftverlust,
    - keine nachhaltige Veränderung der Bewegungsmuster.
2. **Physiotherapie unter medikamentösem Einfluss**
    - eingeschränkte Eigenaktivität des Kindes,
    - häufig isolierte und passive Übungsformen,
    - Orientierung an Erwachsenentherapiekonzepten statt an der kindlichen Entwicklungslogik.
3. **Orthesen und technische Hilfsmittel**
    - Fixierung statt Förderung aktiver Bewegung,
    - Einschränkung spontaner Eigenbewegung,
    - Mobilität durch Rollatoren oder Reha-Buggys ohne zwingende Förderung des selbstständigen Gehens.

Alternative: Therapie mit globalen Bewegungsmustern (z. B. Vojta-Therapie)

Die Vojta-Therapie:

- orientiert sich an natürlichen frühkindlichen Bewegungsmustern,

- aktiviert den gesamten Körper in funktionellen Zusammenhängen,
- basiert auf neurophysiologischen Prinzipien und der Plastizität des zentralen Nervensystems,
- wirkt spastizitätsreduzierend auf neurologischer Ebene,
- fördert eine nachhaltige und entwicklungslogische Bewegungsentwicklung.

Diese Therapieform erfordert Zeit, Fachkompetenz und Kontinuität, ist jedoch aus meiner langjährigen Erfahrung langfristig wirksamer und mit geringeren Folgekosten verbunden als die derzeit überwiegend symptomorientierte Versorgung.

Wirtschaftliche Aspekte

Anhand eines konkreten Fallbeispiels (Kind mit spastischer Diparese) habe ich die detaillierte Aufstellung (die Eltern hatten mir diese Aufstellung zugesandt) der zusätzlich verordneten Hilfsmittel, Orthesen, technischen Geräte und medikamentösen Behandlungen beigefügt, die im Rahmen der derzeit gängigen Therapie von den Krankenkassen übernommen wurden – teils erst nach Widerspruchsverfahren.

Therapeutisches und pädagogisches Zusatzmaterial

Hilfsmittel / Gerät	Kosten (€)
Dreiviertelrolle (40×15×11 cm)	26
Dreiviertelrolle (50×22×16,5 cm)	39
Halbzylinder / Blockset (Dusyma)	170
Multifunktionsmöbel (Stuhl/Tisch/Hocker, Buche massiv)	250
Galileo S 25 (Novotec Medical) – Kaufpreis	3.600
Galileo S 25 – Kaution	1.000
Galileo S 25 – Miete	200
Dreirad (Puky)	90
Schuhschalen	130

B. Von den Krankenkassen übernommene Hilfsmittel

Hilfsmittel	Zeitraum	Kostenträger
Reha-Buggy Kimba	seit 26.03.2021	BKK BMW
Neuer Reha-Buggy	seit 12.12.2023	BKK BMW
Therapiestuhl	seit 22.09.2021	BKK BMW
Rollator	seit 18.11.2021	BKK BMW
Therapiedreirad	seit 18.11.2022	BKK BMW

C. Orthesen (teilweise nach Widerspruch)

Orthese	Zeitraum	Besonderheit
Kompressionsbody (Liedtke)	seit 22.04.2020	genehmigt
Nachtlagerungsschiene	seit 31.07.2020	nach MD-Widerspruch

Hirschfeldorthese (Hauner)	seit 16.11.2020	nach MD-Widerspruch
Kompressionsbody (Pohlig)	ab 01.2021	Neuanfertigung
Gehorthese (Pohlig)	ab 01.10.2021	mehrfach angepasst
Spiralorthese US (Hauner)	ab 22.11.2022	Neuanfertigung 2023
Swash-Orthese	ab 16.02.2022	keine Verbesserung
Hüftaußenrotationsorthese	ab 06.12.2022	genehmigt

D. Medizinische Maßnahmen

Maßnahme	Datum
Botulinumtoxin-Injektionen	10/2020, 03/2021, 09/2021, 04/2022, 11/2022
Operative Faszienritzungen (Ulzibat)	05.02.2024

Diese Kosten stehen in keinem angemessenen Verhältnis zu einer frühzeitig und konsequent durchgeführten Therapie mit globalen Bewegungsmustern.

Hinweis:
Im Vergleich dazu zeigt ein ähnlich gelagerter Fall im Buch *„Kommt mein Kind zum Laufen?“* (S. 228–247), dass bei frühzeitig konsequenter Therapie mit globalen Bewegungsmustern deutlich weniger Hilfsmittel erforderlich waren und selbstständiges Gehen erreicht wurde. Dazu auch zwei Artikel.

Fazit

Die derzeitige Behandlungspraxis von Kindern mit infantiler Cerebralparese ist aus meiner Sicht stark von passiven Maßnahmen, invasiven Eingriffen und symptomorientierter Medikation geprägt. Die Vojta-Therapie stellt demgegenüber ein ganzheitliches, neurophysiologisch fundiertes und langfristig wirksames Therapiekonzept dar.

Eine Streichung oder Einschränkung der Kostenübernahme würde nicht nur die therapeutischen Möglichkeiten erheblich einschränken, sondern voraussichtlich zu höheren Folgekosten und einer Verschlechterung der Lebensqualität betroffener Kinder führen.

Ich bitte den Gemeinsamen Bundesausschuss – bitte Weiterleitung an den zuständigen Unterausschuss (*(Heilmittel/Methodenbewertung)* - die Vojta-Therapie weiterhin als erstattungsfähige Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung zu berücksichtigen bzw. eine entsprechende Klarstellung im Rahmen der Heilmittel-Richtlinie zu prüfen.

Mit freundlichen Grüßen

Barbara Zukunft-Huber
Kinderphysiotherapeutin (i. R.)
Autorin und Referenti

Gemeinsamer Bundesausschuss

Herrn Professor Josef Hecken

Gutenbergstraße 13

10587 Berlin

Nachrichtlich an Barbara Zukunft-Huber, 88400 Biberach, info@zukunft-huber.de

Ferney-Voltaire, 7. März 2026

Richtigstellung, Vojtatherapie bei Babys

Sehr geehrter Herr Professor Hecken, sehr geehrte Damen und Herren,

gerne möchte ich mich zum Brief von Barbara Zukunft-Huber vom 24.2.2026 an den G-BA äussern, den sie mir zur Mitkenntnis übersandt hat.

Ich möchte gerne richtigstellen, dass ich – anders als mir in dem Schreiben unterstellt wird – selbst Betroffene bin. Ich selbst habe die Vojtatherapie als Baby über eineinhalb Jahre lang erhalten – intermittierend sogar bis zum 8. Lebensjahr, sodass ich mich an Behandlungen teilweise erinnern kann. Die psychischen Folgen der Vojtatherapie haben mich motiviert, mich auch psychoanalytisch intensiv damit auseinanderzusetzen. Ausserdem konnte ich in psychotherapeutischen Gesprächen mit zahlreichen Betroffenen grosses psychisches Leid feststellen, das die Betroffenen teilweise selbst auf die Vojtatherapie zurückführen konnten. Ich finde es bedauerlich, dass die gesamte psychotherapeutische Perspektive auf die Vojtatherapie in dem Schreiben von Frau Barbara Zukunft-Huber marginalisiert wird.

Frau Barbara Zukunft-Huber schreibt zum Beispiel verharmlosend: „.Da diese Aktivierung gegen die gewohnten pathologischen Bewegungsmuster arbeitet und sehr anstrengend ist, weinen viele Kinder während der Behandlung.“ Hier möchte ich betonen, dass die meisten Kinder schreien. Aus Sicht der Psychoanalyse ist dies ein erheblicher Unterschied (siehe z.B. Eshel, Ofra, 2019. The Vanished Last Scream: Winnicott And Bion. The Psychoanalytic Quarterly, 88(1), 111–140. https://doi.org/10.1080/00332828.2019.1558876).

Die von Maren Thiesen-Hutter aufgeführte Studie bezieht sich zudem auf Kinder im Vorschulalter. Psychische Störungen machen sich jedoch häufig erst ab der Pubertät bemerkbar (siehe z.B. Sarah-Jayne Blakemore: Adolescence and mental health. The Lancet, Volume 393, Issue 10185p2030-2031May 18, 2019, DOI: 10.1016/S0140-6736(19)31013-X). Diese Studie kann deshalb nicht als Beleg dafür herangezogen werden, dass die Vojtatherapie keine psychischen Schäden verursacht.

Mit freundlichen Grüssen,

Dunja Voos

FRAGEBOGEN
Überprüfung der Heilmittel-Richtlinie hinsichtlich der Regelungen zur Krankengymnastik zur Behandlung von ZNS-Erkrankungen

Gemeinsamer Bundesausschuss

Kroatische Vojta Gesellschaft inkludiert die Länder von West Europa – Slowenia, Kroatien, Bosnia und Herzegowina, Norden Mazedonia, Serbia, Monte Negro

26.02.2026

Teil I Allgemeine Fragen zur Vojta-Therapie

1. Welche wesentlichen Wirkprinzipien liegen Ihrer fachlichen Ansicht nach der Vojta-Therapie zugrunde?

1.1 Welche der genannten Wirkprinzipien sind für die Behandlung von Erkrankungen des zentralen Nervensystems (einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen) relevant?

1.2 Gibt es hinsichtlich der Wirkprinzipien Unterschiede in der Behandlung von Säuglingen und Kindern und Erwachsenen?

1.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

1.1 Die Vojta-Therapie wirkt auf das zentrale und periphere Nervensystem, einschließlich des vegetativen Nervensystems. Ihr Grundprinzip nennt man „Bahnung“, das heißt eine gezielte Aktivierung des Nervensystems. Es handelt sich um ein interaktionelles Verfahren, das sehr spezifisch auf das Nervensystem einwirkt. Die Wirksamkeit basiert nicht auf dem wiederholten Üben einzelner Bewegungen wie Greifen oder Gehen. Stattdessen wird das zentrale Nervensystem durch bestimmte Reize an definierten Körperstellen aktiviert. Diese Körperstellen nennt man Zonen.Durch diese Reize werden angelegte, globale Bewegungsmuster wieder zugänglich gemacht. Mit der Zeit stehen diese Bewegungsmuster auch spontan zur Verfügung. Haltung und Bewegung verbessern sich und werden ökonomischer und physiologischer. Die Therapie kann auch bei Säuglingen und schwer neurologisch beeinträchtigten Menschen angewendet werden, da keine bewusste Mitarbeit notwendig ist.

1.2 Bei Säuglingen und Kleinkindern ist die neuromuskuläre Entwicklung noch nicht vollständig abgeschlossen. Ihre Bewegungen sind weniger differenziert und noch nicht stabil im zentralen Nervensystem gespeichert. In der frühen Entwicklung gibt es sogenannte „Zeitfenster“, in denen Lernen – auch motorisches Lernen – besonders effektiv ist.

Dieses Prinzip nutzt die Vojta-Therapie gezielt aus. Im Erwachsenenalter sind die motorischen Muster dagegen meist stabil gefestigt. Nach einer neurologischen Schädigung können diese Muster jedoch teilweise verloren gehen oder schwer zugänglich sein. Das Gehirn kann aber seine Netzwerke neu organisieren und Funktionen teilweise neu zuordnen. Durch gezielte Reize fördert die Vojta-Therapie diese Reorganisation und aktiviert vorhandene Potenziale.

Eine frühe Behandlung ist besonders wichtig, um die Entstehung von Ersatzbewegungen zu verhindern oder zu reduzieren. Unabhängig vom Alter sind eine gute Zusammenarbeit mit den Angehörigen und ein individueller, achtsamer Umgang zentrale Bestandteile der Therapie.

1.3 In Westeuropäische Länder gibt es keine Forschungsdatenbank mit wissenschaftlichen Nachweisen zur Wirksamkeit der Vojta-Therapie.Weiterhin kann zur Frage der Evidenz auf eine umfangreiche Bibliografie verwiesen werden, die über die Homepage der Internationalen Vojta Gesellschaft (IVG) abrufbar ist: https://www.vojta.com/de/service/literaturdatenbank.

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?

2.1 Entspricht die Behandlung nach dem Vojta-Konzept dem heutigen allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse?

2.2 Gibt es zu dem derzeit praktizierten Vojta-Konzept aktuelle relevante Unterlagen und Dokumente (z. B. Curricula, Anleitungen für Bezugspersonen, Aufklärungen etc.) und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

Die grundlegenden Auffassungen, basierend auf den unter (1) ausgeführten Vorstellungen, haben sich nicht verändert.

Im Rahmen der therapeutischen Aspekte legt die IVG e.V. seit Jahren großen Wert auf einen achtsamen und respektvollen Umgang mit den Patient:innen und ihren Bezugspersonen. Dies gilt sowohl für die Therapie von Erwachsenen als auch für die Behandlung von Säuglingen, Kindern und Jugendlichen. Ein zentraler Bestandteil der Vojta-Therapie ist eine individuell angepasste Behandlungsplanung, bei der die Belastbarkeit und Ausdauer der Patient:innen aller Altersgruppen sowie ihrer Bezugspersonen und/oder Familien berücksichtigt werden.

Vor 20 Jahren war man häufiger der Meinung, dass ein Kind lernen sollte, sich selbst zu beruhigen. Heute betont die Wissenschaft, dass Säuglinge (auch die Kinder bis 3 Jahr in andere Art und Weise) biologisch noch nicht in der Lage sind, sich vollständig selbst zu regulieren.Sie sind in dieser Phase völlig auf ihre Eltern und Bezugspersonen angewiesen. Dementsprechend liegt – nicht nur in der Vojta-Therapie, sondern auch in anderen Formen der Säuglingstherapie – der Schwerpunkt auf der Zusammenarbeit und die Kommunikation mit dem Säugling und Kinder während der Durchführung der Therapie. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Anleitung und Schulung der Eltern. Ziel ist es, dass in die Durchführung der Therapie zu Hause die Eltern lernen ein gutes umgang mit dem Kind und das die Vojta Therapie keine zusätzliche Belastung darstellt.

2.1 Die Grundlagen der Vojta-Therapie sind regelmäßig kritisch geprüft. Das Grundprinzip stimmt mit den Erkenntnissen der Neurophysiologie überein. Neue wissenschaftliche Ergebnisse haben viele Hypothesen von Prof. Dr. Vojta bestätigt. Es gibt zahlreiche Veröffentlichungen zur Wirksamkeit und zu möglichen Nebenwirkungen der Therapie. Eine Studie mit Frühgeborenen aus dem Jahr 2010 zeigte, dass die Vojta-Therapie sicher ist und keine Erhöhung von Schmerz- oder Stresswerten verursacht. Außerdem wurden positive Effekte auf die Atmung festgestellt.

2.2 Die Ausbildung der Vojta-Therapeut:innen basiert auf einem ausführlichen und differenzierten Curriculum. Dieses Curriculum wurde in Westeuropäische Länder akzeptiert und bildet die Grundlage für die Zertifizierung der Therapie von den IVG. Die Ausbildung umfasst sowohl praktische Inhalte als auch medizinischen und theoretischen Unterricht. Zum Vojta-Prinzip gehört außerdem die entwicklungsneurologische Diagnostik. Dafür werden spezielle Ausbildungskurse für interessierte Ärzt:innen im Kroatien angeboten. In den Kursen werden wichtige Fachbücher zur Methode und zur Anleitung der Eltern vorgestellt. Sie dienen als Grundlage für die Information, Instruktion und Begleitung der Eltern im therapeutischen Prozess. Informationsbroschüren zur Vojta-Therapie im Kindes- und Erwachsenenalter sind auf Kroatisch übersetzt.

3. Wird die Vojta-Therapie heute noch als eigenständige Therapieform angewandt, oder wird sie in der Praxis zunehmend mit anderen Konzepten kombiniert?

3.1 Falls sie kombiniert wird: Mit welchen anderen Therapieansätzen wird sie häufig verknüpft?

3.2 Gibt es Evidenz zur Wirksamkeit dieser kombinierten Ansätze?

3.1 und 3

In Westeuropäische Länder wird die Vojta-Therapie je nach den individuellen Bedürfnissen der Patient:innen angewendet.Sie wird abhängig davon eingesetzt, ob es sich um eine Frühtherapie, eine postoperative Behandlung oder um chronische Erkrankungen bei Kindern und Erwachsenen handelt. Die Vojta-Therapie kann entweder als eigenständige Therapieform durchgeführt werden oder in Kombination mit anderen Therapieformen. Dazu gehören zum Beispiel die Bobath-Therapie, die Maes-Therapie, Ergotherapie, Logopädie, DNS, Sensorische Integrationstherapie, Therapie bei Fütterstörungen, Therapie bei Problemen mit der Emotionsregulation beim Psychologen, Kognitive Stimulationstherapie beim Psychologen oder funktionelles Training und andere...

3.2 Es gibt Erfahrungen von Therapeut:innen und Artzte darüber, in welchen Fällen es wirksamer ist, ausschließlich die Vojta-Therapie anzuwenden und wann es sinnvoll ist, andere Therapieformen zusätzlich einzubeziehen.

Wissenschaftliche Nachweise zur Wirksamkeit der Kombination der Vojta-Therapie mit anderen Therapieformen sind in Westeuropaische Lander jedoch nicht verfügbar. Stattdessen besteht eine gute Zusammenarbeit mit Therapeut:innen und Ärzt:innen, die in anderen Therapieformen ausgebildet sind. Aufgrund ihrer Erfahrung überweisen sie Kinder bei Bedarf zur Vojta-Therapie. Ebenso erkennen Vojta-Therapeut:innen und Vojta-geschulte Ärzt:innen die individuellen Bedürfnisse ihrer Patient:innen und überweisen sie rechtzeitig an andere Fachpersonen, wenn zusätzliche Therapieformen notwendig sind.

4. Bei welchen Erkrankungen des zentralen Nervensystems (einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen) sollte Ihrer fachlichen Ansicht nach die Vojta-Therapie angewendet werden?

4.1 Indikationen bei Säuglingen und Kindern?

4.2 Indikationen bei Erwachsenen?

4 Unabhängig davon, ob es sich um Säuglinge, Kinder oder Erwachsene handelt, wird die Behandlung immer in Absprache mit dem behandelnden Arzt durchgeführt. Dabei wird die Therapie an die Belastbarkeit der Patient:innen angepasst.Sie richtet sich nach dem jeweiligen Krankheitsbild sowie nach der Ausgangssituation und der gewählten Ausgangsstellung.

4.1 In der Neonatologie kann die Vojta-Therapie die Atmung verbessern und die Entwöhnung von Beatmungsgeräten unterstützen. Studien zeigen auch positive Effekte auf die Koordination und den Rhythmus des Saugens.

Dadurch werden wichtige Funktionen wie Atmung und Nahrungsaufnahme bei Frühgeborenen gezielt gefördert.Im Säuglingsalter wird die Therapie angewendet, wenn entwicklungsneurologische Untersuchungen auf ein hohes Risiko für eine Zerebralparese hinweisen. Das Konzept der Zentralen Koordinationsstörung dient dabei als Instrument zur

Einschätzung des Risikos. Eine frühe Behandlung kann helfen, eine Zerebralparese zu verhindern oder ihren Schweregrad zu verringern.Bei bereits bestehender Zerebralparese werden individuelle Therapieziele festgelegt. Ziel ist es, Haltung und Bewegung zu verbessern und orthopädische Komplikationen zu vermeiden. Die Vojta-Therapie wird auch bei vielen anderen neurologischen und orthopädischen Erkrankungen im Kindesalter eingesetzt. Dazu gehören unter anderem Muskelerkrankungen, genetische Syndrome, Nervenschädigungen sowie muskuläre Asymmetrien und Haltungsstörungen.

4.2 Auch in der Erwachsenentherapie kann die Vojta-Therapie in der Intensivmedizin eingesetzt werden. Sie unterstützt durch die Aktivierung der posturalen Kontrolle die Spontanatmung und den Schluckvorgang. Grundsätzlich ist sie bei vielen Erkrankungen des zentralen und peripheren Nervensystems anwendbar. Ein wichtiger Bereich ist die Rehabilitation nach akuten neurologischen Schädigungen, zum Beispiel nach einem Schlaganfall oder einer Querschnittslähmung. Dabei fördert die Therapie die Regeneration und Neuorganisation neuronaler Netzwerke. Die Behandlung wird individuell an das jeweilige Krankheitsbild angepasst. Ein zweiter Bereich sind chronisch-degenerative Erkrankungen wie Multiple Sklerose, ALS oder Parkinson. Hier hilft die Therapie, vorhandene Restfunktionen zu aktivieren und Bewegungsfähigkeit zu verbessern. Bei Parkinson kann sie besonders die Bewegungsverlangsamung positiv beeinflussen und die Gangsicherheit erhöhen. Da die Vojta-Therapie auch das vegetative Nervensystem anspricht, kann sie bei schwer pflegebedürftigen Patient:innen auch die Organfunktionen, zum Beispiel die Darmtätigkeit, unterstützen.

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)?

5.1 Kontraindikationen bei Säuglingen und Kindern?

5.2 Kontraindikationen bei Erwachsenen?

5 Die fachgerecht durchgeführte Vojta-Therapie ist gut dosierbar und hat nur wenige Kontraindikationen. Sie wird immer in Absprache mit dem behandelnden Arzt an die Belastbarkeit der Patient:innen angepasst. Auch bei Erkrankungen wie erhöhtem Hirndruck, Entzündungen des Nervensystems oder der Muskulatur, Osteogenesis imperfecta, schwerer Osteoporose, Chemotherapie oder Epilepsie kann sie vorsichtig angewendet werden.

5.1

Bei akuten fieberhaften Erkrankungen soll die Therapie pausiert werden. Besondere Vorsicht ist bei einer neuen medikamentösen Einstellung bei Epilepsie notwendig, vor allem beim West-Syndrom mit hohen Steroid- oder ACTH-Dosen. Nach Impfungen wird – je nach Impfstoff und Reaktion – eine Pause von bis zu 14 Tagen empfohlen. Eine Kontraindikation besteht, wenn Bezugspersonen die Therapie zu Hause nicht korrekt durchführen können. Gründe dafür können eigene körperliche Einschränkungen, Erkrankungen oder große Unsicherheit im Umgang mit der Therapie sein.Auch eine ablehnende oder ambivalente Haltung gegenüber dem Kind kann problematisch sein.

5.2

Schwangerschaft gilt bei Erwachsenen als Kontraindikation, vor allem aus Vorsichtsgründen. Die hormonellen Veränderungen können verschiedene Körperfunktionen beeinflussen und sind nicht immer genau einschätzbar.Wie bei anderen physiotherapeutischen Maßnahmen ist auch bei akuten Entzündungen oder frischen Verletzungen des zentralen oder peripheren Nervensystems Vorsicht geboten. Solche Zustände können mit sensomotorischer, vegetativer oder psychomotorischer Instabilität verbunden sein. Insgesamt gilt die Vojta-Therapie bei richtiger Indikationsstellung als sichere Methode. Wichtig sind dabei eine sorgfältige ärztliche Begleitung und eine individuelle Anpassung der Behandlung.

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?

6.1 Bitte beschreiben Sie diese Bestandteile näher.

6.2 Gibt es einen Unterschied in der Behandlung von Säuglingen und Kindern und Erwachsenen?

6.3 Welcher Anteil der Therapie wird bei der Behandlung von Physiotherapeutinnen und -therapeuten erbracht und welcher Anteil der Therapie ist von den Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige) durchzuführen?

6.3.1 Bei Säuglingen und Kindern?

6.3.2 Bei Erwachsenen?

6. Die Bereitstellung einer Therapie, die nicht auf die "Ersatzmuster" bzw. die Willkürmotorik der Patient:innen zurückgreift, ist von besonderer Relevanz. Dies ist insbesondere der Fall, wenn eine Schädigung des Zentralnervensystems (ZNS) vorliegt. Im Allgemeinen sind die Patienten:innen sich der Abweichung bezüglich der Bewegungsaufträge oder der Spontanmotorik nicht bewusst.

6.1 Für eine wirksame Vojta-Therapie ist eine genau definierte Ausgangsstellung in Bauch-, Rücken- oder Seitenlage notwendig. Dabei werden die Gelenke in einer bestimmten Winkelposition gehalten. Wenn diese ideale Position wegen Schmerzen oder Kontrakturen nicht möglich ist, kann sie individuell angepasst werden. Wichtig sind auch die genau festgelegten Zonen am Körper und die richtige Art der Druckauslösung. Die Stärke des Drucks sowie die Kombination der Zonen werden individuell angepasst. Therapeut:innen müssen die kinesiologischen und muskulären Grundlagen der Reflexlokomotion gut kennen. Sie müssen auf die motorischen und vegetativen Reaktionen der Patient:innen sofort reagieren können, um Ausweichbewegungen zu vermeiden. Das globale Bewegungsmuster kann zum Beispiel durch die Steuerung von Kopf und Extremitäten beeinflusst werden. Nach der Therapie wird die Wirkung auf die Spontanmotorik überprüft. Ziel ist es, Haltung, Bewegung, Aufrichtung und Körperkontrolle zu verbessern sowie Schmerzen und Ersatzbewegungen zu reduzieren.

6.2 Bei Säuglingen und Kleinkindern befindet sich die neuromotorische Entwicklung noch im Aufbau. Beim Erwachsenen ist dieser Prozess weitgehend abgeschlossen. Nach Verletzungen kann es bei Erwachsenen zu einem Verlust oder einer Abschwächung der angeborenen Bewegungsmuster kommen. Die Vojta-Therapie greift bei Säuglingen gezielt in den Entwicklungsprozess ein. Sie unterstützt die Reifung und Vernetzung neuronaler Strukturen. Dadurch kann sie im frühen Alter potenziell kurativ wirken. Im Erwachsenenalter ist die Neubildung neuronaler Strukturen zwar eingeschränkt, aber weiterhin möglich. Das Gehirn bleibt auch im späteren Leben plastisch und anpassungsfähig. Die Vojta-Therapie fördert diese Neuroplastizität und unterstützt die funktionelle Reorganisation des Gehirns. Eine frühzeitige Therapie, besonders im Akutstadium, ist dabei besonders wichtig. Bei stark ausgeprägter Ersatzmotorik wird die Behandlung schwieriger. In allen Altersgruppen kann die Therapie das regenerative Potenzial des Nervensystems fördern. Ein weiterer Vorteil zeigt sich in der Behandlung von Skoliosen, besonders bei der idiopathischen Säuglingsskoliose. Durch die Reflexlokomotion wird die tiefe Rückenmuskulatur gezielt aktiviert.

6.2.1. Vojta-Therapeut:innen treffen auf Grundlage der ärztlichen Verordnung eigenverantwortlich Entscheidungen über die Gestaltung und Dosierung der Therapie. Sie führen die Behandlung regelmäßig selbst bei den Patient:innen durch.Es ist besonders wichtig, die Angehörigen sorgfältig und schrittweise in den Therapieplan einzuführen. Dabei muss auch der Einfluss der Durchführung der Vojta-Therapie zu Hause auf die gesamte Familiendynamik beachtet werden. Aus diesem Grund werden Dauer und Häufigkeit der Therapie individuell angepasst, um eine Überlastung der Familie zu vermeiden.

6.2.2. Erwachsene Patient:innen werden über die Ziele und Methoden der Vojta-Therapie ausführlich informiert. Sie können ihre kurzfristigen und langfristigen Behandlungseffekte genau beschreiben. Dadurch planen sie gemeinsam mit den Therapeut:innen die Dauer und Häufigkeit der Therapie. Die Behandlung wird meist von Vojta-Therapeut:innen in einer Praxis oder im Rahmen eines Hausbesuchs durchgeführt. In der Regel werden Bezugspersonen bei Erwachsenen nicht zur selbstständigen Durchführung der Therapie angeleitet. Nur in Ausnahmefällen, wenn die ambulante Therapie nicht ausreichend dosiert werden kann, erhalten Bezugspersonen eine entsprechende Anleitung.

7. Gibt es Ihrer fachlichen Ansicht nach physiotherapeutische Behandlungsalternativen zur Therapie nach Vojta bei Erkrankungen des zentralen Nervensystems?

7.1 Bei Säuglingen und Kindern?

7.2 Bei Erwachsenen?

7. Vor der Verordnung physiotherapeutischer Maßnahmen steht immer eine sorgfältige Indikationsstellung. Ziel ist es, die effizienteste Therapie im Hinblick auf die festgelegten Behandlungsziele auszuwählen. Die Entscheidung über die Methode erfolgt im Austausch mit dem behandelnden Arzt. Wenn eine klare Indikation für die Vojta-Therapie besteht, aber Kontraindikationen oder andere Hindernisse vorliegen, müssen geeignete Alternativen gewählt werden. Auch alternative Therapien werden regelmäßig überprüft. So kann die Behandlung bei Bedarf angepasst oder die Methode erneut gewechselt werden, um die Therapieziele bestmöglich zu erreichen.

7.1 Einige Methoden, die mit der Vojta-Therapie kombiniert werden, können auch als therapeutische Alternativen eingesetzt werden. Als eigenständige Verfahren gelten sie jedoch oft als weniger effektiv, da der aktivierende Charakter der Vojta-Therapie fehlt. Studien zu Asymmetrie und Plagiozephalie zeigten Unterschiede im Wirkungsgrad, insbesondere im Vergleich mit NDT/Bobath. Dabei wurde festgestellt, dass die Ergebnisse ohne die spezifische Aktivierung durch die Vojta-Therapie teilweise geringer ausfallen können.

7.2 Im Erwachsenenbereich unterscheidet sich die Vojta-Therapie deutlich von vielen anderen Therapieformen. Im Mittelpunkt steht nicht das gezielte Üben einzelner Bewegungen wie Greifen, Drehen oder Gehen. Durch die Aktivierung der Reflexlokomotion wird ein direkter Zugang zu grundlegenden Bewegungsmustern im zentralen Nervensystem geschaffen. Diese Aktivierung bildet die Basis für ein späteres aktives Übungsprogramm. Deshalb ist es schwierig, klare physiotherapeutische Alternativen im Erwachsenenalter zu nennen. Einzelne Methoden können meist nicht als gleichwertiger Ersatz betrachtet werden.

8. Welche Rolle/Bedeutung haben Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige) Ihrer fachlichen Ansicht nach im Behandlungskonzept der Vojta-Therapie und nach welchen Entscheidungskriterien/Kontraindikationen werden Bezugspersonen aktiv in die Behandlung einbezogen (z. B. selbstständige Durchführung im häuslichen Umfeld)?

8.1 Bei Säuglingen und Kindern?

8.2 Bei Erwachsenen?

8. Unabhängig vom Alter der Patient:innen spielen Bezugspersonen in der Vojta-Therapie eine wichtige Rolle, wenn sie in die Behandlung einbezogen werden. Sie sind meist die engsten Betreuungspersonen im Alltag der Patient:innen. Die Therapieziele werden gemeinsam mit den Patient:innen und ihren Bezugspersonen besprochen. Dabei werden sie in einen funktionellen und alltagsbezogenen Zusammenhang gestellt. Die Therapieplanung wird an persönliche und soziale Faktoren angepasst. Ein regelmäßiger Austausch über Inhalte und Fortschritte der Behandlung ist dabei selbstverständlich.

8.1 Bei Säuglingen und Kleinkindern hat die Vojta-Therapie das Ziel, die Entwicklung nachhaltig zu unterstützen. Im Idealfall wird die Therapie von zwei bis viermal täglich von 5 bis 30 Minuten (das kommt darauf an alter des Kindes und seinen individuellen Bedürfnissen je nach Diagnose und die Moglichkeiten des Elterns) durchgeführt. Um diese Intensität zu erreichen, werden Eltern oder Bezugspersonen schrittweise in die häusliche Anwendung eingeführt. Die Anleitung erfolgt entsprechend ihrer individuellen Möglichkeiten und der Belastbarkeit des Kindes und Elterns. Zu Beginn zeigt und erklärt die Therapeut wie sollt ihr die Behandlung zu Hause durchfuhren (langsam mit klare Aufgaben). Danach übernehmen die Eltern zunehmend die Durchführung zu Hause. Eine regelmäßige Kontrolle und Anpassung des Therapieprogramms gibt den Eltern Sicherheit und sichert die Qualität. Der kontinuierliche Austausch ermöglicht es, Fragen, Sorgen und wichtige Beobachtungen zu besprechen. Die Verbesserungen, die Eltern oft direkt nach der Therapie beobachten können, werden von den Vojta-Therapeut:innen erklärt und eingeordnet. Dadurch verstehen die Eltern die Wirkung der Behandlung besser. Diese sichtbaren Veränderungen geben ihnen Sinn und Motivation, die Therapie regelmäßig zu Hause durchzuführen. Nach der Therapie sollte das Kind aktiv sein, damit die verbesserten Bewegungsmuster im Alltag und im Spiel weiter stabilisiert werden.

8.2 Bei erwachsenen Patient:innen findet die Vojta-Therapie meist ambulant oder stationär in einer physiotherapeutischen Praxis statt. Im Mittelpunkt stehen die Verbesserung gestörter Bewegungsmuster, die Stabilisierung der Haltung und die Förderung des Körperschemas. Im Gegensatz zur Therapie bei Kindern ist in der Regel keine mehrmals tägliche Behandlung notwendig. Oft wird die Therapie als Intervallbehandlung durchgeführt. Bezugspersonen werden nur dann angeleitet, wenn eine ausreichende Behandlung ambulant oder zu Hause sonst nicht möglich ist. In diesem Fall erhalten sie eine genaue Einführung in die Durchführung der Therapie. Die Therapeut:innen überprüfen regelmäßig die korrekte Anwendung. Dabei wird auch im Erwachsenenbereich das familiäre und soziale Umfeld berücksichtigt. Die Therapie wird an die Belastbarkeit aller Beteiligten angepasst.

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?

9.1 Bei Säuglingen und Kindern?

9.2 Bei Erwachsenen?

9. Die Anleitung der Bezugspersonen ist ein fest verankerter Bestandteil der Ausbildung von Vojta-Therapeut:innen. Dieses Thema wird im Curriculum ausführlich behandelt. Alle Absolvent:innen sind sich der großen Bedeutung dieses wichtigen Teils der Vojta-Therapie bewusst.

9.1 Die Schulung der Eltern oder Bezugspersonen erfolgt schrittweise und ist Teil jeder Therapieeinheit. Für jedes Kind wird ein individueller Behandlungsplan erstellt. Zu Beginn jeder Einheit wird die Spontanmotorik des Kindes gemeinsam mit den Eltern beurteilt. Danach werden das Therapieziel und der Schwerpunkt festgelegt. Zuerst üben die Eltern die Grifftechnik und die Auslösung der Zonen an einer Lehrpuppe. Anschließend wird die Therapie direkt am Kind gezeigt.Danach führen die Eltern die Übungen unter Aufsicht der Therapeut:innen durch. Von Anfang an wird auf mögliche Fehler bei der Ausgangsstellung und bei der Druckstärke hingewiesen. Wenn Eltern unsicher sind, wie sich die Aktivierung anfühlt, kann diese auf Wunsch an ihnen selbst demonstriert werden. Während der Therapie kommt es bei Säuglingen und Kleinkindern häufig zum Schreien. Es ist sehr wichtig, den Eltern die unterschiedlichen Formen des Weinens genau zu erklären. Man unterscheidet zwischen einem leichten Protest oder Unbehagen, das während der Aktivierung auftreten kann, und einem starken, anhaltenden Weinen. Bei leichtem Protest zeigt das Kind oft nur Anstrengung oder Unzufriedenheit, bleibt aber ansprechbar. Ein starkes, intensives Weinen hingegen kann ein Zeichen von Überforderung sein. In diesem Fall wird die Therapie unterbrochen und das Kind wird auf angemessene Weise

beruhigt. Die Eltern lernen, diese Unterschiede zu erkennen und sicher darauf zu reagieren.Mit der Zeit lernen die Kinder jedoch, sich in den Pausen besser zu beruhigen. Eine gute Kommunikation mit dem Kind und die aktive Unterstützung der Eltern sind dabei sehr wichtig. Wenn es notwendig ist und das Kind Schwierigkeiten in der sensorischen Regulation hat, sollten die Eltern an eine Psychologin oder einen Psychologen überwiesen werden.Durch eine gemeinsame Zusammenarbeit kann dem Kind geholfen werden, seine Regulation zu verbessern. Dies betrifft nicht nur alltägliche Aktivitäten, sondern auch die Durchführung der Vojta-Therapie. Sozio-emotionale Aspekte und die Eltern-Kind-Interaktion sind ein wichtiger Bestandteil der Ausbildung. Die Eltern lernen, die motorischen Reaktionen ihres Kindes richtig zu interpretieren. Positive Soforteffekte werden gemeinsam besprochen und reflektiert. Diese sichtbaren Fortschritte motivieren zur weiteren Zusammenarbeit. Auf Anzeichen von Unsicherheit oder Überforderung wird besonders geachtet. Wenn Eltern sich nicht in der Lage fühlen, die Therapie durchzuführen, werden Alternativen geprüft.

Alle Anleitungen, Fragen und Beobachtungen werden sorgfältig dokumentiert.

9.2Die Schulung der Bezugspersonen erfolgt bei erwachsenen Patient:innen regelmäßig in jeder Therapieeinheit. Zunächst wird geklärt, ob sich die Angehörigen die Durchführung der Therapie zutrauen. Auch ihre emotionale Bereitschaft, eine therapeutische Rolle zu übernehmen, wird berücksichtigt. Zusätzliche Belastungen für das familiäre Umfeld sollen vermieden werden. Die Inhalte der Therapie, wie Ausgangsstellungen, Zonen, Druckrichtung und -intensität, werden individuell erklärt. Auch mögliche sensomotorische und vegetative Reaktionen werden besprochen. Über mögliche Nebenwirkungen wie Schmerzen oder Überlastung wird aufgeklärtZur Verlaufskontrolle werden standardisierte Assessments und Selbsteinschätzungsbögen eingesetzt – je nach Möglichkeiten der Patient:innen.

10. Welche Mechanismen oder Protokolle existieren, um mögliche unerwünschte Wirkungen frühzeitig und auch im Langzeitverlauf zu erkennen und zu dokumentieren?

10.1 Bei der Anwendung durch Physiotherapeutinnen und -therapeuten?

10.2 Bei der Anwendung durch Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige)?

10.3 Gibt es hierzu relevante Unterlagen/Dokumente und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

10 Die Vojta-Therapie basiert auf klar definierten Mustern von Haltung und Bewegung sowie auf dem erreichten Aufrichtungsniveau der Patient:innen. Dadurch können die unmittelbaren Therapieeffekte genau beschrieben werden. Zur Beurteilung dienen die Beobachtung der Spontanmotorik, einzelne Teilmuster des globalen Bewegungsmusters, das Konzept der Zentralen Koordinationsstörung (ZKS) sowie die Einordnung in die Aufrichtungs- und Lokomotionsstadien nach Vojta.

10.1 In allen stationären, ambulanten oder rehabilitativen Einrichtungen werden die motorischen, sensorischen und vegetativen Verläufe der Patient:innen standardisiert dokumentiert. Diese Ergebnisse werden im interdisziplinären Team besprochen und in Protokollen festgehalten.Die Art der Dokumentation kann je nach Einrichtung oder Praxis unterschiedlich sein. Zusätzlich nutzen Vojta-Therapeut:innen das diagnostische Instrumentarium nach Prof. Dr. Vojta zur fortlaufenden Verlaufskontrolle. Die Ergebnisse werden auch mit den Bezugspersonen besprochen. Die zuweisenden Haus- oder Fachärzt:innen erhalten regelmäßig Therapieberichte über den Verlauf und mögliche unerwünschte Ereignisse. Je nach Alter und Diagnose können weitere standardisierte Assessments und Tests zur Dokumentation eingesetzt werden.

10.2 Bei jedem Termin überprüfen Vojta-Therapeut:innen vor und nach der Behandlung die Spontanmotorik des Kindes. Wichtige Teilmuster und Funktionen werden mit den Eltern oder Bezugspersonen besprochen. Auch Veränderungen wie Schlaf-Wach-Rhythmus, Trinkverhalten, allgemeine Regulation und Stimmung des Kindes werden dokumentiert. Zur Unterstützung kann die Entwicklungstabelle „Das 1. Lebensjahr des Kindes“ genutzt werden, um Fortschritte sichtbar zu machen. Zusätzlich werden die Lokomotionsstadien nach Vojta zur genaueren Einschätzung der Entwicklung herangezogen. Kinderärzt:innen und Ärzt:innen (Padiater, Rehabilitations Artzte und Neuropadiater in Westeuropische Länder) kontrollieren ebenfalls regelmäßig die Entwicklung. Dabei beurteilen sie unter anderem Lagereaktionen, neonatale Reflexe und die Spontanmotorik. So begleiten sie die Eltern fachlich bei der Anwendung der Vojta-Therapie.

10.3 Lagereaktionen sind provozierte Haltungs- und Bewegungsreaktionen auf eine Veränderung der Körperlage bei Säuglingen. Sie verlaufen in verschiedenen Phasen, je nach Entwicklungsstand des Kindes. Diese Phasen gelten als objektive Meilensteine der motorischen Entwicklung. Da es sich um komplexe Reaktionen handelt, spricht man fachlich eher von Lagereaktionen als von Lagereflexen. In der normalen Entwicklung stimmen die Phasen der Lagereaktionen mit dem Stand der motorischen und lokomotorischen Entwicklung überein.

Teil II Besondere Fragen zur Vojta-Therapie bei Säuglingen und Kindern

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich ausschließlich auf die Behandlung von Erkrankungen des zentralen Nervensystems (einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen) bei der Durchführung der Vojta-Therapie bei Säuglingen und Kindern.

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)?

Die Vojta-Therapie unterscheidet sich von anderen Therapieformen, da sie nicht auf das direkte Üben alltäglicher Bewegungen wie Greifen, Aufrichten oder Gehen ausgerichtet ist. Stattdessen wird das zentrale Nervensystem über klar definierte Ausgangsstellungen und Auslösungszonen aktiviert, um auf angeborene, genetisch angelegte Bewegungsmuster zuzugreifen. Dabei wird das globale Haltungs- und Bewegungsmuster angesprochen, das auch komplexe Funktionen wie Blicksteuerung, Schlucken, Atmung und andere vegetative Prozesse einbezieht. Die Therapie kann unabhängig von der bewussten Mitarbeit der Patient:innen durchgeführt werden, was besonders bei schwer beeinträchtigten Personen von Vorteil ist. Sie wirkt sich positiv auf Vitalfunktionen aus und unterstützt die motorische Entwicklung sowie die Selbstständigkeit im Alltag. Außerhalb der Therapieeinheiten bewegen sich die Patient:innen frei, wobei die verbesserte Koordination ihre Aktivität und Lebensqualität fördert. Ziel des Vojta-Prinzips ist es, die kortikale Regulation der Motorik über das phylogenetisch angelegte globale Muster nachhaltig zu aktivieren. Dies ist besonders bei noch nicht vollständig fixierter infantiler Zerebralparese von Bedeutung. Obwohl auch andere Methoden aktivierende Elemente enthalten, greifen sie nicht in gleicher Weise auf dieses globale Muster zurück. Daher ist ein fundiertes Wissen über verschiedene Therapieformen wichtig, um eine geeignete Methode auszuwählen oder sinnvoll zu kombinieren.

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?

12.1 Wenn ja, bitte beschreiben Sie diese näher.

12.2 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

Die Vojta-Therapie ist besonders im ersten Lebensjahr, teilweise auch im zweiten und dritten Jahr, von großer Bedeutung. In diesem sensiblen Zeitfenster kann sie die neuromotorische Entwicklung gezielt fördern und die feste Ausprägung zerebralparetischer Bewegungsmuster verringern. Voraussetzung dafür ist die regelmäßige Wiederholung wichtiger afferenter Reize, die bei Säuglingen und Kleinkindern mehrmals täglich erfolgen sollte. Durch die Einbeziehung der Eltern wird diese Intensität im Alltag sichergestellt. Mit zunehmender Sicherheit übernehmen die Eltern die Therapie zu Hause, während die Therapeut:innen eine begleitende und beratende Rolle einnehmen. Dieses Modell ermöglicht eine kontinuierliche Betreuung und ist zugleich ressourcenschonend. Die enge körperliche Zuwendung stärkt zudem die Eltern-Kind-Beziehung und kann Regulationsstörungen reduzieren, wenn die Therapie korrekt durchgeführt wird.

Ein Vorteil der Vojta-Therapie sind klar definierte motorische Reaktionen, die eine genaue Anpassung der Behandlung erlauben. Falls Reaktionen unvollständig sind, können Ausgangsstellung, Zonenauswahl oder Gelenkpositionen verändert werden. Außerhalb der Therapie darf sich das Kind frei bewegen, wodurch selbstständiges, explorativ es Lernen unterstützt wird.

Da Erkrankungen des zentralen Nervensystems häufig mit Störungen der posturalen Kontrolle verbunden sind, setzt die Vojta-Therapie gezielt an der Rumpf- und Gleichgewichtssteuerung an. Erste Studien zeigen einen Zusammenhang zwischen Bewegungsniveau, Haltung und Alltagsfähigkeiten. Die Therapie kann zudem individuell an die Belastbarkeit bei Begleiterkrankungen angepasst werden und erlaubt in manchen Fällen sogar prognostische Einschätzungen. Besonders bei mittelschwerer Zentraler Koordinationsstörung zeigen Untersuchungen deutlich bessere Entwicklungsergebnisse nach Vojta-Therapie im Vergleich zu keiner Behandlung.

b) Weiterhin kann zur Frage der Evidenz auf eine umfangreiche Bibliografie verwiesen werden, die über die Homepage der Internationalen Vojta Gesellschaft (IVG) abrufbar ist: https://www.vojta.com/de/service/literaturdatenbank.

13. Besteht Ihrer fachlichen Ansicht nach bei der unmittelbaren Anwendung der Vojta-Therapie bei Säuglingen und Kindern ein daraus folgendes Schädigungspotenzial?

13.1 Bei der Anwendung durch Physiotherapeutinnen und -therapeuten?

13.2 Bei der Anwendung durch Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige)?

13.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

Bei korrekt gestellter Indikation und fachgerecht durchgeführter Vojta-Therapie besteht kein Schädigungsrisiko.

a) Bei fachgerecht und korrekt durchgeführter Vojta-Therapie ist kein Schädigungspotenzial bekannt. Physiotherapeut:innen, die nach den Richtlinien der IVG ausgebildet werden, absolvieren eine umfassende theoretische und praktische Weiterbildung unter Supervision erfahrener Lehrtherapeut:innen. Dabei lernen sie die genaue Technik, die Anpassung der Druckintensität sowie die richtige Dosierung der Therapie. Zudem werden sie über Diagnosen und medikamentöse Behandlungen informiert, die besondere Vorsicht erfordern. Die Ausbildung umfasst auch Inhalte zur kindlichen Entwicklung, zu altersspezifischen Verhaltensmustern und zur Bedeutung der Eltern-Kind-Interaktion. Nach Abschluss der Weiterbildung wird eine kontinuierliche fachliche Begleitung durch Supervision und Arbeitskreise angeboten. In Westeuropaishe Lander bietet zudem die Kroatische Vojta-Gesselschaft Workshops und Fortbildungen mit Unterstützung ausgebildeter Instruktor:innen an. Dadurch wird eine kontinuierliche Weiterentwicklung der fachlichen Kompetenzen und eine hohe Qualität der therapeutischen Arbeit sichergestellt.

b) Uns sind keine Schädigungen bekannt, die durch Eltern oder Bezugspersonen verursacht wurden. Die Weiterbildung zur Vojta-Therapeutin bzw. zum Vojta-Therapeuten beinhaltet eine schrittweise Anleitung der Bezugspersonen zur Durchführung der Therapie beim Kind. Diese Anleitung erfolgt kontinuierlich begleitend zur Therapie und wird individuell an die therapeutischen Anforderungen sowie an die Fähigkeiten der Bezugspersonen angepasst. Die Eltern erhalten klare Hinweise zur Interaktion und Kommunikation mit dem Kind, besonders im Umgang mit dem Erregungszustand des Säuglings während der Vojta-Therapie. Ziel ist es, eine möglichst gute Kooperation des Kindes zu erreichen. Von Anfang an werden die Bezugspersonen über Kontraindikationen informiert und lernen, Belastungszeichen beim Kind zu erkennen und angemessen darauf zu reagieren.

c) Es gibt keine wissenschaftlichen Belege für ein Schädigungspotenzial der Vojta-Therapie. Bekannt ist, dass die Auslösung der Zonen, über die die Reflexlokomotion aktiviert wird, keine Schmerzen verursacht. Das Forschungsprojekt „Sense Vojta“ (Büchner et al., 2020), das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert und in Zusammenarbeit mit der Universität Siegen durchgeführt wurde, entwickelte einen sensorischen Handschuh zur Messung von Druckstärke und Frequenz der Stimulation. Die Auswertung zeigte, dass der angewendete Druck im nicht schmerzhaften Bereich liegt. Einzelne Berichte über mögliche Komplikationen wurden geprüft. Veröffentlichungen im deutschsprachigen Raum, die von Schädigungen durch die Vojta-Therapie berichteten, erwiesen sich als nicht haltbar. Kritische Stimmen ohne wissenschaftliche Evidenz beziehen sich meist auf das Schreien von Säuglingen während der Behandlung.

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)?

14.1 Bei der Anwendung durch Physiotherapeutinnen und -therapeuten?

14.2 Bei der Anwendung durch Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige)?

14.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

Es gibt keinerlei Hinweise auf somatische Spätfolgen nach Anwendung der Vojta-Therapie. Das Schreien des Säuglings während der Vojta-Therapie wurde von Anfang an aufmerksam beobachtet und von Kritikern als problematisch angesehen. Wenn das Schreien jedoch als Ausdruck von Unmut erkannt wird und nicht in ein starkes, übermäßiges Weinen übergeht, bei dem das Kind deutlich zeigt, dass es überfordert oder sehr unwohl ist, und wenn das Kind dabei weiterhin kooperiert, hat diese Form des Weinens keinen negativen Einfluss auf seine Entwicklung. Säuglinge äußern Unzufriedenheit auch bei anderen alltäglichen Aktivitäten auf ähnliche Weise. Bei älteren Kindern und Erwachsenen treten solche Reaktionen nicht auf. Daher kann davon ausgegangen werden, dass ein Säugling bei fachgerecht durchgeführter Therapie keine Schmerzen empfindet, sondern auf eine ungewohnte und intensive sensorische Stimulation reagiert. Diese Einschätzung wird dadurch unterstützt, dass das Schreien in der Regel unmittelbar nach der Therapie endet und die anschließende Interaktion mit der Bezugsperson ruhig und harmonisch verläuft.

A)Bei fachgerecht und indikationsgerecht durchgeführter Vojta-Therapie ist nicht von einer somatischen, psychischen oder sozialen Traumatisierung auszugehen. Entsprechende Spätfolgen sind daher nicht zu erwarten. Ältere Kinder berichten nach der Behandlung häufig, dass sie sich beim Bewegen „leichter“ fühlen. Neben einer besseren Motorik zeigen sich auch positive Effekte auf Kommunikation und Selbstregulation. Die Resilienz wird gestärkt, sodass Jugendliche und früh behandelte Erwachsene die Vojta-Therapie bei Beschwerden oft erneut in Anspruch nehmen möchten.

B) Die Anwendung der Vojta-Therapie durch Eltern oder Bezugspersonen führt nicht zu nachteiligen somatischen Folgen. Geschulte Physiotherapeut:innen begleiten und kontrollieren regelmäßig die häusliche Durchführung und passen die Therapie individuell an die Bedürfnisse des Kindes und die Möglichkeiten der Familie an. Nach aktuellem wissenschaftlichem Stand gibt es keine Hinweise auf negative psychische oder soziale Spätfolgen. Studien zeigen weder eine Beeinträchtigung der Eltern-Kind-Beziehung noch Nachteile in der Bindungsqualität. Entwicklungsstörungen im frühen Kindesalter sind häufig multifaktoriell bedingt und stehen in der Regel nicht in ursächlichem Zusammenhang mit der Vojta-Therapie. Faktoren wie die Schwere der Grunderkrankung, psychosoziale Belastungen oder eingeschränkte familiäre Unterstützung spielen hierbei eine wesentliche Rolle. Untersuchungen zeigen zudem, dass sich die meisten Eltern durch die Durchführung der Therapie nicht übermäßig belastet fühlen. Entscheidend sind persönliche, soziale und emotionale Ressourcen sowie eine angemessene fachliche Begleitung. Sehr wichtig ist, dass bei Anzeichen einer gestörten Beziehung oder Kommunikation zwischen Kind und Eltern die Vojta-Therapeut:innen im interdisziplinären Team gemeinsam mit Ärzt:innen die Eltern an eine psychologische Unterstützung verweisen. In solchen Fällen wird gemeinsam entschieden, wie die Vojta-Therapie weitergeführt wird. Der Fokus liegt dabei stets auf dem Wohl des Kindes und einer stabilen Eltern-Kind-Interaktion.

15. Welche psychischen Belastungen oder direkten Stressreaktionen können Ihrer fachlichen Ansicht nach bei der Durchführung der Vojta-Therapie entstehen?

15.1 Bei Säuglingen und Kindern?

15.2 Bei Bezugspersonen (z. B. Eltern, weiteren Angehörigen)?

15.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

Bitte gebWährend der Aktivierung in der Vojta-Therapie können beim Säugling oder Kind vorübergehende Reaktionen wie Hautrötung, erhöhte Herzfrequenz, Schwitzen oder Schreien auftreten. Diese vegetativen Reaktionen gelten als physiologisch und sind mit anderen alltäglichen Belastungssituationen vergleichbar. Das Schreien ist in diesem Alter ein normales Ausdrucksmittel und bedeutet nicht automatisch Schmerz. Nach Beendigung der Therapie beruhigt sich das Kind in der Regel rasch, und die gewohnte Interaktion mit den Eltern bleibt stabil. Ein kurzfristiger Anstieg des Stresshormons Cortisol kann auftreten, erfüllt jedoch wichtige Funktionen bei der Energiebereitstellung und Stressbewältigung und ist in angemessener Dosierung unbedenklich. Vojta-Therapeut:innen sind speziell darin geschult, die Therapie individuell zu dosieren. Zu Beginn kann die Aktivierung bewusst sehr kurz und mit weniger Wiederholungen erfolgen, damit sich Eltern und Kind an die Situation gewöhnen. Dauer und Häufigkeit der Therapie werden bei Bedarf schrittweise und entsprechend den individuellen Bedürfnissen des Kindes und der Eltern angepassten.

b) Eltern erleben häufig eine Belastung, wenn sie eine Entwicklungsabweichung ihres Kindes feststellen. Durch ihre aktive Einbindung in die Vojta-Therapie erhalten sie jedoch die Möglichkeit, positiv auf die Entwicklung ihres Kindes einzuwirken und Selbstwirksamkeit zu erfahren, was sich stabilisierend auf das gesamte Familiensystem auswirkt.

Besonders in der Anfangsphase kann das Schreien des Säuglings für die Eltern emotional belastend sein. Durch die einfühlsame Begleitung der Therapeut:innen lernen sie jedoch, die Signale ihres Kindes besser zu verstehen und angemessen darauf zu reagieren. Körperliche Nähe, positive Bestärkung und eine unterstützende Kommunikation stärken die Eltern-Kind-Beziehung und fördern die Regulation des Kindes. Wenn es erforderlich ist, wird zusätzlich eine Psychologin oder ein Psychologe zur Unterstützung einbezogen.

16. Hat sich die fachliche Einschätzung hinsichtlich der psychischen Belastbarkeit von Säuglingen und Kindern sowie 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?

Bitte geben Sie Das Wohl des Kindes stand und steht immer im Mittelpunkt der Vojta-Therapie. Seit den 1950er Jahren haben sich jedoch die gesellschaftlichen Bedingungen und die Eltern-Kind-Beziehung deutlich verändert. Heute stehen Dialog, Feinfühligkeit und ein besseres Verständnis für die Bedürfnisse des Kindes im Vordergrund.

Auch Westeuropeische Länder hat sich die Durchführung der Vojta-Therapie in den letzten 20 Jahren wesentlich weiterentwickelt. Besonders die Kommunikation mit Säuglingen und Kindern sowie das vertiefte Verständnis für häufige Regulationsprobleme in diesem Alter haben sich verbessert. Die Therapie wird heute individueller an das Kind, seine Bedürfnisse sowie an die Möglichkeiten der Eltern angepasst. Diese Veränderungen haben zu einer erhöhten Nachfrage nach Aus- und Weiterbildungen für Therapeut:innen und Ärzt:innen im Bereich der Vojta-Therapie geführt. Gleichzeitig ist auch das Interesse und die Nachfrage der Eltern nach der Vojta-Therapie deutlich gestiegen.

Gemeinsamer Bundesausschuss	
Posteingangsnummer	406
Posteingangsdatum	22.06.2026
Abteilung	M-VL

Datum	23.06.2026
Verfügt an:	MHe
Kopie an:	MRi

Empfänger:
Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)
Gutenbergstraße 13
10587 Berlin
Deutschland

Antragsteller:
Forschungsinstitut für klinische Rehabilitation und Physiotherapie, z. ú.
(Identifikationsnummer der juristischen Person: 26353253)
Dvořákova 468
363 01 Ostrov
Tschechische Republik

Vertreten durch:
Mgr. Václav Krucký
Bělohorská 1427/100
169 00 Prag 6
Telefon: +420 733 134 838
E-Mail: krucky.vaclav@gmail.com
Tschechische Republik

Nachrichtlich an:
Bundesministerin für Gesundheit Nina Warken
Bundesministerium für Gesundheit
Friedrichstraße 108
11055 Berlin
Deutschland

Nachrichtlich an:
An die Bundesministerin Frau Karin Prien
Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend
Glinkastraße 24
10117 Berlin
Deutschland

406

Forschungsinstitut für klinische Rehabilitation und Physiotherapie, z. ú.
Dvořákova 468
363 01 Ostrov
Tschechische Republik

Gemeinsamer Bundesausschuss
Original: MHe
Kopie MRi
Eingang: 22. Juni 2026
UP
GF | M-VL | QS-V | AM
StA ÖK | Recht | FB-Med. | Verw.

An die Bundesministerin
Frau Karin Prien
Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend
Glinkastraße 24
10117 Berlin
Deutschland

Prag, den 15. Juni 2026

Betreff: Fachliche Stellungnahme zur Modernisierung und Sicherheitskonkretisierung der Vojta-Therapie im Rahmen des G-BA-Beratungsverfahrens zu KG-ZNS und KG-ZNS-Kinder – Übersendung zur Kenntnisnahme

Sehr geehrte Frau Bundesministerin Prien,

in der Anlage übersenden wir Ihnen nachrichtlich unsere fachliche Stellungnahme, die wir im Rahmen des aktuellen Beratungsverfahrens des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Überprüfung der Regelungen der Krankengymnastik bei Erkrankungen des zentralen Nervensystems, insbesondere KG-ZNS und KG-ZNS-Kinder, eingereicht haben.

Der unmittelbare Adressat unserer Stellungnahme ist der Gemeinsame Bundesausschuss, da dieser für die Ausgestaltung der einschlägigen Richtlinien im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung zuständig ist. Gleichwohl halten wir es für sachlich geboten, auch das Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend über die vorgelegten Unterlagen zu informieren. Die im G-BA-Verfahren aufgeworfenen Fragen betreffen nicht allein eine medizinisch-therapeutische Einzelfrage, sondern berühren zugleich grundlegende Belange von Kindern, Familien, Eltern, frühkindlicher Entwicklung, psychosozialer Belastung und Bildungs- sowie Teilhabechancen von Kindern mit neurologischen Entwicklungsrisiken.

Die klassische Vojta-Therapie besitzt unbestreitbar eine große historische Bedeutung für die europäische Entwicklungsneurologie, Frühdiagnostik und Rehabilitation. Unsere Stellungnahme verfolgt nicht das Ziel, diesen Beitrag in Frage zu stellen. Vielmehr soll aufgezeigt werden, dass die praktische Durchführung dieser Methode unter heutigen wissenschaftlichen, technischen, entwicklungspsychologischen und ethischen Maßstäben weiterentwickelt werden sollte. Dies gilt insbesondere dort, wo sehr junge Kinder, Säuglinge und ihre Eltern in eine intensive, wiederholte Therapie eingebunden werden.

Die beigefügten Materialien beschreiben insbesondere Belastungsfaktoren, die bei der klassischen Durchführung der Vojta-Therapie auftreten können: schmerzhafte manuelle Druckreize, Fixierung und Bewegungseinschränkung, mögliche Atembelastungen, Kältestress sowie psychische Belastungen durch wiederkehrende aversive Erfahrungen. Diese Faktoren betreffen nicht nur die medizinische Behandlung selbst, sondern auch die Beziehung zwischen Kind und Eltern, die emotionale Sicherheit des Kindes, die familiäre Belastungssituation und die langfristige Akzeptanz einer notwendigen rehabilitativen Behandlung.

Gerade deshalb erscheint es angezeigt, die Diskussion über die Zukunft der Vojta-Therapie nicht ausschließlich unter dem Gesichtspunkt der Heilmittelversorgung zu führen. Sie betrifft auch den Schutz vulnerabler Kinder, die Unterstützung von Familien, die Qualität elterlicher Anleitung in der häuslichen Therapie, die psychosoziale Gesundheit von Kindern und Eltern sowie die Frage, wie moderne therapeutische Konzepte kindgerecht, familienverträglich und wissenschaftlich nachvollziehbar gestaltet werden können.

Vor diesem Hintergrund stellen wir die Vojta-Methodik der 2. Generation (VM2G) als einen möglichen Modernisierungszweig der Vojta-Therapie vor. Ziel ist es, den therapeutischen Kern des ursprünglichen

Konzepts zu bewahren, zugleich aber Schmerzen, unnötige Stressbelastungen und vermeidbare familiäre Konfliktlagen deutlich zu reduzieren. Moderne technische Hilfsmittel, differenziertere neurophysiologische Konzepte, entwicklungspsychologische Erkenntnisse und digital unterstützte Verfahren können dazu beitragen, die Therapie sicherer, humaner, besser erklärbar und für Familien langfristig tragfähiger zu machen.

Wir bitten Ihr Ministerium daher nicht um eine Entscheidung im Verfahren des Gemeinsamen Bundesausschusses, sondern um fachliche Kenntnisnahme der beigefügten Unterlagen. Aus unserer Sicht kann eine ressortübergreifende Wahrnehmung dieser Thematik dazu beitragen, dass medizinische Rehabilitation, Kinderschutz, Familienunterstützung, Bildungsteilhabe und psychosoziale Prävention nicht isoliert, sondern in ihrem tatsächlichen Zusammenhang betrachtet werden.

Für ergänzende Erläuterungen, wissenschaftliche Unterlagen oder einen vertiefenden fachlichen Austausch stehen wir Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Mgr. Václav Krucký
Direktor des Forschungsinstituts für klinische Rehabilitation und Physiotherapie, z. ú.
Dvořákova 468
363 01 Ostrov
Tschechische Republik
E-Mail: krucky.vaclav@gmail.com
Telefon: +420 733 134 838

Abteilung Fachberatung Medizin

Darstellung subjektiver Erfahrungen und Zusammenfassung der Hinweise bzgl. negativer Effekte durch die Behandlung mit der Vojta-Therapie

Auftrag / Anfrage von: AG HeilM-RL (Abteilung MVL)

Bearbeitet von: FBMed

Datum: 4. August 2023

Letzte Aktualisierung: 4. August 2023

Dateiname: STN_Darstellung_Vojta_Anfrage_2023-08-04.docx

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis 3
Abkürzungsverzeichnis 3
1 Sachverhalt 4
2 Hintergrund 5
3 Methodisches Vorgehen 5
4 Ergebnisse 6
4.1 Darstellung subjektiver Erfahrungen eines GKV-Versicherten 6
4.2 Vorgelegte Literatur zu Todesfällen aufgrund der Vojta-Therapie 6
4.3 Zusätzliche Informationen aus dem Schreiben 14
5 Zusammenfassung 14
Referenzen 15

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Vergleichende Darstellung der beiden Kasuistiken 12

Abkürzungsverzeichnis

*	für die Durchführung dieser Maßnahme ist eine zusätzliche, abgeschlossene Weiterbildung oder Fortbildung erforderlich
ALTE	apparent life threatening event / plötzlich einsetzendes lebensbedrohliches Ereignis
A.	Arteria
CT	Computertomographie
HWS	Halswirbelsäule
KG	Krankengymnastik
MRA	Magnetresonanzangiographie
MRT	Magnetresonanztomographie
N	Newton (Kraft)
PNF	Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation
SAB	Subarachnoidalblutung
SIDS	sudden infant death syndrom / plötzlicher Kindstod
SMT	spinale manuelle Therapie
ZNS	Zentralen Nervensystems

1 Sachverhalt

In ihrer Sitzung am 12.07.2023 tauschte sich die AG HeilM-RL orientierend zu einer Anfrage aus der Versorgung zur Vojta-Therapie aus.

In der AG besteht Konsens darüber, dass es weiterführender Beratungen zur Thematik bedarf.

Die AG HeilM-RL beauftragt die Fachberatung Medizin (FBMed) mit einer Aufbereitung der von Herrn Kern angegebenen Literatur auf Relevanz für weitere Beratungen zu den Regelungsgegenständen der HeilM-RL.

Siehe hierzu die Anlagen 1 bis 6[1]:

- Anlage 1: Schriftverkehr Hr. Kern mit P+Ö (09.05.2023)
- Anlage 2: Todesfälle nach Vojta Therapie (09/2011):
  Bublak R. Manuelle Therapie kann Babys den Kopf kosten. CME 2016;8(9):35-35 [1]
- Anlage 3: Anschreiben Hr. Kern (15.09.2022)
- Anlage 4: Rechtsmedizin 2011 (07.05.2011)
  Saternus K, Biederman H, Riepert T, Koch L. Traumatologie der A. vertebralis beim Säugling. Rechtsmedizin 2011;21:265-271 [5]
- Anlage 5: Holla 2009 (22.04.2009): Deutsche Übersetzung von
  Holla M, Ijland MM, van der Vliet AM, Edwards M, Verlaat CW. [Death of an infant following 'craniosacral' manipulation of the neck and spine]. Ned Tijdschr Geneeskd 2009;153(17):828-831. [3]
- Anlage 6: Jacobi 2001 (03/2001):
  Jacobi G, Riepert T, Kieslich M, Bohl J. Über einen Todesfall während der Physiotherapie nach Vojta bei einem 3 Monate alten Säugling: Fallbeschreibung und Bemerkungen zur Manualtherapie bei Kindern. Klinische Pädiatrie 2001;213:76-85. [4]

[1] Die Anlagen 1 bis 6 sind dieser Stellungnahme nicht beigefügt.

2 Hintergrund

In der Heilmittel-Richtlinie wird die Vojta-Therapie zusammen mit dem Bobath-Konzept im Bereich der Physiotherapie unter § 19 Bewegungstherapie explizit für Patientinnen und Patienten im Kindesalter mit Erkrankungen des Zentralen Nervensystems (ZNS) aufgeführt [2]. Für die Krankengymnastik (KG) bei Erwachsenen mit Erkrankungen des ZNS wird 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.

Auszug aus der Heilmittel-Richtlinie ([2] S. 23):

5. KG-ZNS-Kinder) [1]Zur Behandlung von ZNS-Erkrankungen einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen, insbesondere angeborener oder frühkindlich erworbener Schädigungen der Bewegungsfunktionen oder der Muskelfunktionen (Paresen) längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. [2]Sie dient zur Erleichterung des Bewegungsablaufs durch Ausnutzung komplexer Bewegungsmuster, Bahnung von Innervation und Bewegungsabläufen und Förderung oder Hemmung von Reflexen unter Einsatz der Techniken nach Bobath oder Vojta. [3]Die Behandlung wird ausschließlich als Einzeltherapie verordnet.*

6. KG-ZNS) [1]Zur Behandlung von ZNS-Erkrankungen einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres, zur Förderung und Erleichterung des Bewegungsablaufs durch Einsatz komplexer Bewegungsmuster, Bahnung von Innervation und Bewegungsabläufen und Förderung oder Hemmung von Reflexen unter Einsatz der Techniken nach Bobath, Vojta oder PNF (Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation). [2]Die Behandlung wird ausschließlich als Einzeltherapie verordnet.*

3 Methodisches Vorgehen

Für den vorliegenden Auftrag wurden die Schreiben des GKV-Versicherten und die vier von ihm beigefügten Literaturquellen durchgesehen. Relevante Informationen wurden extrahiert[2] und entsprechend für die AG HeilM-RL dargestellt.

Es wurde keine Literaturrecherche für diesen Auftrag durchgeführt.

[2] Die Extraktion von Textpassagen erfolgte zum Teil sehr nah am Original und konnten nicht immer als Zitat gekennzeichnet werden.

4 Ergebnisse

4.1 Darstellung subjektiver Erfahrungen eines GKV-Versicherten

Ein GKV-Versicherter mit infantiler Zerebralparese wurde gemäß eigener Aussagen ab dem Säuglingsalters – mit mehreren Pausen – bis ca. zum Alter von 15 Jahren etwa 3 bis 4 mal täglich für bis zu 20 Minuten mit der Vojta-Therapie behandelt (von einer Therapeutin und seiner Mutter).

Folgende psychische Symptome, die als Erwachsener bei ihm vorliegen, werden seinerseits der Vojta-Therapie zugeschrieben. Als Krankheitsbild wird eine komplexe Posttraumatische Belastungsstörung genannt:

- *Depressionen/Gefühl, das Leben als extrem anstrengend zu empfinden,*
- *Darmbeschwerden (Reizdarm),*
- *Alleinsein/ Widerstand gegen körperliche Nähe (Keine Beziehung möglich!)*
- *langes Aushalten von Schmerzen,*
- *schwierige Beziehung zu Eltern,*
- *Widerstand gegen Hierarchien und Regeln (auch im Berufsleben),*
- *regelmäßige starke Kopfschmerzen*.

4.2 Vorgelegte Literatur zu Todesfällen aufgrund der Vojta-Therapie

In den vier Publikationen [1,3,4,5] werden insgesamt zwei Todesfälle bei Säuglingen thematisiert, die im Zusammenhang mit der Umsetzung der Vojta-Therapie dokumentiert wurden.

Die erste ausführliche Beschreibung eines Todesfalles während der Physiotherapie nach Vojta findet sich in der Publikation von Jacobi et al. (2001) [4]. Die zweite Fallbeschreibung findet sich in der Publikation von Holla et al. [3] aus dem Jahr 2009. Die Originalpublikation liegt in Niederländisch vor und wurde mit einem Übersetzungsprogramm ins Deutsche übersetzt.

In der Publikation von Saternus et al. (2011) [5] findet sich eine intensive Auseinandersetzung mit den Fallbeschreibungen dieser beiden verstorbenen Säuglinge [3,4]. (Anmerkung: der Co-Autor Thomas Riepert hat an den Publikationen Jacobi et al. [4] und Saternus et al. [5] mitgearbeitet.) Die Arbeit von Bublak (2011) [1] stellt ein kurzes Exzerpt der Publikation von Saternus et al. (2011) dar und wird in dieser Stellungnahme nicht weiter ausgeführt, da sich keine zusätzlichen Informationen darin finden.

Jacobi et al. (2001) [4]

In der Publikation von Jacobi et al. (2001) [4] wird der Fall eines 3 Monate alten weiblichen Säuglings, der mit der Vojta-Therapie behandelt wurde, beschrieben. Außer der Fallbeschreibung erfolgt darüber hinausgehend eine kritische Auseinandersetzung zur Anwendung von Manualtherapie bei Kindern.

Im Rahmen der U4-Untersuchung stellte der Kinderarzt eine *„allgemeine muskuläre Hypotonie[3] mit Rechtsüberwiegen“ sowie einen „funktionellen Schiefhals mit erhöhtem Muskeltonus des rechten Kopfwendemuskels*“ bei dem bis dato gesundem Säugling fest. Der Kinderarzt verordnete 10 mal Krankenymnastik auf neurophysiologischer Grundlage.

[3] verminderte Muskelspannung oder Muskelstärke

Die erste therapeutische Sitzung fand 3 Tage später bei einer Krankengymnastin statt, die nach eigenen Angaben bisher über 200 Kinder mit der Vojta-Therapie behandelt hatte. Die Krankengymnastin hatte eine langjährige Berufserfahrung und zwei vierwöchige Vojta-Kurse (Einführungs- und Ausbildungskurs) absolviert.

Im Folgenden wird der Ablauf der Therapie und die Reaktion des Säuglings kurz dargestellt (siehe dazu auch Tabelle 1):

- Die Krankengymnastin stellte fest, dass vor allem der muskuläre Schiefhals nach rechts behandlungsbedürftig sei.
- Das Kind befand sich in Bauchlage mit nach rechts gedrehtem Kopf und nach oben halb gestrecktem Arm. Auf den rechten Epicondylus humeri ulnaris[4] sowie auf die Rückseite des rechten Oberschenkels (oder der Ferse) wurde Druck ausgeübt.
- Der Säugling wehrte sich, nahm den Kopf zurück und drehte ihn gesichtsseitig nach rechts. Es schrie und schwitzte dabei erheblich.
- Die Krankengymnastin wertete dies als positiv für die Mitarbeit des Kindes ein und ließ die Mutter dann den entsprechenden Druck auf das Mädchen ausüben.
- Das Kind reagierte mit heftigen Eigenbewegungen des Kopfes und des Rumpfes.
- Nach 10 Minuten Behandlungsdauer war der Säugling nassgeschwitzt und erschöpft.
- Die Krankengymnastin zeigte der Mutter eine Entspannunglage für das Kind: Lagerung auf dem Bauch, Arme parallel nach oben und Gesicht auf der Decke. Die Mutter hatte die Aufgabe das Kind leicht auf dem Rücken zu streicheln und zu klopfen.
- Nach einer Dauer von 10 Minuten nahm die Mutter das Kind wieder hoch. Während dieser sogenannten ‚Beruhigungsphase' war die Krankengymnastin zeitweise nicht im Behandlungsraum. Zudem wies eine weitere Frau die Mutter mehrmals darauf hin, dass das Baby nicht mehr atmete.
- Das Mädchen hatte zum Zeitpunkt, als die Mutter ihr Kind hoch nahm – lt. Aussage der Krankengymnastin – eine blauschwarze Hautfarbe.
- Der Notarzt stellte 10 bis 15 Minuten später eine zentrale und periphere Zyanose bei gestörter Atem- und Kreislauffunktion fest. Das Mädchen musste reanimiert werden.

In der Universitäts-Kinderklinik zeigte sich weiter das Bild einer Hirnstamm-Areflexie, so dass 30 Stunden nach der Vojta-Therapie die Reanimationsmaßnahmen eingestellt wurden. Das Herz wurde mit Einverständnis der Eltern explantiert.

- Röntgenaufnahmen des Thorax und der Halswirbelsäule (HWS) waren ohne pathologischen Befund.
- Kraniales Sonogramm: kein Hinweis auf Blutung, unauffällige Liquorräume, keine Pulsalität der Hirngefäße.

Die Autopsie ergab Folgendes:

- Der rechte Musculus sternocleidomastoideus[5] wies kaliberstarke teilweise hypertrophierte Muskelfasern auf. Der linke Muskel war verkürzt und narbig verändert.
- Der Tod war infolge einer unteren, foraminalen Einklemmung mit massiver Schwellung des gesamten Gehirns, vor allem des Kleinhirns und unteren Hirnstamms, eingetreten.

[4] Knochenvorwölbung auf der medialen Seite des Oberarmknochens

[5] Großer Kopfwender oder Kopfnicker

- Das Gehirngewicht betrug 850 g und lag somit 60 % über der Altersnorm. Es lag eine ausgedehnte Subarachnoidalblutung vor.
- Es fanden sich frische Einblutungen in der Adventitia[6] beider Vertebralarterien, in kleineren Nervenfaszikeln und in Wurzeltaschen[7] sowie frische Thromben in kleineren Venen.
- Im Bereich der linken Hälfte der linken Schädelgrube fanden sich ältere Epiduralblutungen mit Granulationsgeweben.
- Zudem fanden sich bereits ausgedehnte ischämische Nervenzellveränderungen u. a. im gesamten kaudalen Hirnstamm und im Bereich des Kleinhirns

Von den Autoren wurden die Autopsiebefunde folgendermaßen interpretiert:

- Die älteren Epiduralblutungen können während der Geburt aufgetreten sein und später zu der rechtsbetonten muskulären Hypotonie geführt haben.
- Traumatisch geschädigt war der linke Kopfwendemuskel und nicht der rechte. Die Veränderungen am rechten Musculus sternocleidomastoideus stellen eine „Art Selbstheilungsversuch“ des Organismus dar.
- Durch die während der Behandlung traumatisch entstandenen Blutungen in die Adventitiae beider Arteria vertebrales und in kleine umgebende Nervenfaszikel kam es zu einem Gefäßspasmus der beiden großen Arterien und damit zu einer akuten Hypoperfusion des kaudalen Hinstammes und des Kleinhirns. Dies führte zum Atemstillstand, Sauerstoffmangel und darauf folgend entwickelte sich ein Hirnödem. Die Autoren gehen davon aus, dass der Säugling heftige Schmerzen durch die Subarachnoidalblutung (SAB) und Gefäßspasmen erlitten hatte. Die SAB war eine Folge der Gefäßeinblutungen.
- Die kranke und die gesunde Seite wurden verwechselt. Der linke Kopfwendemuskel war verkürzt und die Behandlung hätte mit einer Kopfdrehung nach links begonnen werden müssen. Zudem hätte lt. der Autoren die zeitgleiche Reklination und Rotation verhindert werden müssen.

Die Autoren stuften die Folgen der Therapie als „vojtatherapie-immanent“ ein. Ausschlaggebend ist, dass „*bei einem Säugling mit muskulärer Hypotonie der Bewegungsausschlag bei einer provozierten Rotation /Reklination nicht nur maximal , sondern eher supramaxima*l“ ausfiel. „*Die Abdrosselung beider Arteria vertebralis dürfte komplett gewesen sein und mehrfach stattgefunden haben*.“

Im Rahmen der kritischen Auseinandersetzung und allgemeiner Überlegungen zu therapeutischen Manipulationen[8] an der Halswirbelsäule berichten die Autoren[9], dass in den Vereinigten Staaten ca. 12 bis 75 Millionen therapeutische Manipulationen an der Halswirbelsäule pro Jahr vorgenommen werden.

Dabei wurden über einen zwei-Jahreszeitraum nur im Bundesstaat Kalifornien 55 Hirnstamminfarkte, 16 Myelopathien und 30 Radikulopathien als Folge chiropraktischer Manipulationen bekannt.

Außer leichten Nebenwirkungen (z. B. lokaler Schmerz, Kopfweh), mäßigen Nebenwirkungen (z. B. Bewusstseinstörungen, Gefühlsstörungen) können auch schwere und schwerste

[6] Gewebe, das das Gefäß nach außen umgibt.
[7] Anfangsbereich eines Rückenmarksnerven
[8] Hier sind die verschiedensten therapeutischen Manipulationen an der HWS gemeint und nicht nur die Vojta-Therapie.
[9] Die Autoren geben hier eine Vielzahl an Publikationen an, die von der FBMed noch nicht überprüft bzw. eingesehen werden konnten.

Nebenwirkungen mit bleibenden Folgen auftreten (z. B. Hirnstamminfarkte, Locked-in-Syndrom, letaler Ausgang).

Schwere und schwerste Nebenwirkungen aufgrund therapeutischer Manipulationen an der Halswirbelsäule sind mit einer Häufigkeit von 1: 400 000 Manipulationen zu erwarten. Auf 10 Millionen Behandlungen ist lt. der Autoren mit etwa 3 bis 6 Todesfällen zu rechnen.

Die neurologischen Auffälligkeiten treten bei etwa 50 % der Patientinnen und Patienten im Rahmen der Behandlung sofort auf. Die neurologische Symptomatik kann aber auch erst nach Stunden (häufig) oder nach Tagen (selten) auftreten.

Im Weiteren führen Jacobi et al. [4] einige Fallbeispiele für Ereignisse im Rahmen einer spinalen manuellen Therapie (SMT) bei Kindern auf.

Zudem berichten die Autoren von vereinzelten Zwischenfällen, die aufgrund ungewöhnlicher Kopfdrehbewegungen (nicht iatrogen) entstanden.

Die Autoren sehen Parallelen bzgl. der pathologischen Auffälligkeiten die aufgrund therapeutischer Manipulationen der HWS bei Kindern entstanden und jenen Befunden, die bei Kindern zu finden sind, die ein plötzlich einsetzendes lebensbedrohliches Ereignis (ALTE) überlebt haben oder am plötzlichen Kindstod (SIDS) verstarben.

Jacobi et al. [4] schlussfolgern für die Praxis, dass für jede Physiotherapie eine klare klinische Indikation vorliegen muss.

Dies ist von besonderer Bedeutung, wenn während der Therapie provozierte oder passive Rotationsbewegung und/oder Reklinationsbewegungen des Kopfes gemacht werden.

Anmerkungen:

Die Laborwerte, die in der Universitäts-Kinderklinik bestimmt wurden, und die Ergebnisse der Röntgenaufnahmen werden in der Publikation aufgeführt. Es finden sich keine Angaben zu CT- , MRT- oder Ultraschalluntersuchungen.

Holla et al. (2009) [3]

In der Publikation von Holla et al. (2009) [3][10] wird der Fall eines 3 Monate alten weiblichen gesunden Säuglings in den Niederlanden beschrieben. Die Eltern hatten aufgrund von leichter motorischer Unruhe des Mädchens Kontakt zu einem „Kraniosakral-Therapeuten“, der nach einem kurzen Einführungsgespräch mit einer Kraniosakral-Therapie begann.

Im Folgenden wird der Ablauf der Therapie und die Reaktion des Säuglings kurz dargestellt (siehe dazu auch Tabelle 1):

- Der Therapeut legte das Mädchen mit dem Rücken auf eine Wickelunterlage und tastete den Hals und den Schädel ab.
- Der Säugling weinte heftig.
- Im Rahmen der erzwungenen Manipulation wurde der Säugling auf die rechte Seite gedreht und die Wirbelsäule tief gekrümmt, so dass das Kinn die Brust berührte. Das Kind wurde mehrere Minuten in dieser Position gehalten.
- Der Säugling verlor Stuhl und mehrere laute Atemzüge waren zu hören.
- Dies wurde vom Therapeuten als Tiefschlaf interpretiert, der in der Behandlung üblich sei.

[10] Die Darstellung der Publikation erfolgte anhand einer ins Deutsche übersetzten Version.

- Nach 10 Minuten lag das Mädchen in Rückenlage, wies blaue Verfärbungen der Lippen auf, war schlaff und reagierte nicht mehr auf Berührungen.
- Der Vater begann mit Herzmassage und Mund-zu-Mund-Beatmung.
- Sanitäter fanden einen leblosen Säugling mit Asystolie (Stillstand des Herzens) vor.
- Eine Stunde nach Beginn der Herz-Lungen-Wiederbelebung hatte das Mädchen wieder einen eigenen Herzrhythmus mit spürbaren Puls.

Im Krankenhaus wurden außer der körperlichen Untersuchung auch eine konventionelle radiologische Untersuchung sowie CT- und MRT-MRA Untersuchungen des Gehirns, Halses und der Wirbelsäule vorgenommen:

- Es bestand eine allgemeine Hypotonie mit fehlenden Sehnenreflexen, Hornhautreflexen, okulocephalem Reflex und Hustenreflex.
- Keine Geburtsfehler, kürzliche Blutungen, Frakturen oder Verrenkungen
- Anomalien im Pons[11] und Mesencephalon[12], die mit einer Ischämie im vertebrobasilären Becken übereinstimmten
- Signalanomalien im zervikalen Teil des Rückenmarks und im verlängerten Knochenmark
- Das Großhirn war ödematös mit Zeichen von Hypoxie (Sauerstoffmangel)
- Keine Hinweise auf Dissektion der Halsgefäße, angeborene Anomalien, Frakturen, Bänderverletzungen oder Blutungen
- Keine Hinweise auf eine bakterielle oder virale Infektion

Im weiteren Verlauf entwickelte der Säugling ein fortschreitendes Multiorganversagen und die spontane Atemaktivität, die Hirnstammreflexe und die Sehnenreflexe blieben 12 Stunden nach der Manipulation aus. Die Behandlung wurde abgebrochen und der Säugling verstarb.

Bei Obduktion zeigte sich eine hypoxische Enzephalopathie und axonale Anomalien am Rückenmark, die durch Hypoxie und Dehnung des Rückenmarks entstanden sein könnten.

Von den Autoren werden folgende Aspekte aufgeführt, die beim Tod des Säuglings eine Rolle gespielt haben könnten:

- Neurologische Ursachen: Manipulation kann zu Einklemmung des Rückenmarks mit neurogener Bradykardie (Verringerung der Herzfrequenz) mit Apnoe geführt haben.
- Vaskuläre Ursachen: Manipulation kann zu Klemmung oder Verletzung der Arteria vertebralis (A. vertebralis) geführt haben.
- Atemwegserkrankungen: die erzwungene Beugung des Halses könnte die Atmung des Brustkorbes erschwert haben und zur Obstruktion der oberen Atemwege geführt haben.
- Andere Ursachen: da keine Hinweise auf Infektionen, Geburtsfehler, Herz- oder Magen-Darm-Anomalien gefunden wurden, sehen die Autoren einen kausalen Zusammenhang zwischen der Manipulation an der Wirbelsäule und dem Auftreten der Symptome.

Die Autorengruppe kommt zu der Schlussfolgerung, dass eine Therapie mit erzwungenen Manipulationen der Wirbelsäule nicht zur Behandlung bei Säuglingen zu empfehlen ist, zumal es keine wissenschaftlichen Beweise für die Wirksamkeit und Sicherheit dieser Therapieform

[11] Abschnitt des Hirnstamms; Teil des zentralen Nervensystems
[12] Teil des Hirnstamms, der zwischen Pons und Zwischenhirn liegt.

gibt. Eine erzwungene Manipulation der Wirbelsäule bei einem Säugling kann zu schwerwiegenden Komplikationen führen.

Anmerkungen:

Es finden sich keine Angaben in der Publikation, ob im Vorfeld der Behandlung eine Ärztin oder ein Arzt den Säugling untersucht hatte.

Ebenso wenig liegen Informationen bzgl. der Qualifikation des Therapeuten vor.

In der Publikation wird der Name Vojta-Therapie nicht genannt. Es werden die Begriffe Kraniosakral-Therapie oder Manipulation der Wirbelsäule verwendet.

Die Autoren geben an, dass die Staatsanwaltschaft Ermittlungen aufgenommen hat.

Saternus et al. (2011) [5]

In der Publikation von Saternus et al. (2011) [5] werden die beiden oben beschriebenen Todesfälle aus rechtsmedizinischer Sicht beschrieben und aufgearbeitet. Der Fokus wird dabei auf Verletzungen der Arteria vertebralis gelegt.

Die Kasuistiken beider Fälle wurden der besseren Vergleichbarkeit halber von den Autoren tabellarisch dargestellt (siehe Tabelle 1).

Saternus et al. [5] weisen darauf hin, dass es sich bei Jacobi et al. [4] und Holla et al. [3] jeweils um interdisziplinäre Arbeitsgruppen handelte, die in der Befundwiedergabe unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt haben: Jacobi et al. [4] stellten die rechtsmedizinisch und neuropathologisch erhobenen Befunde dar und Holla et al. [3] die klinische Diagnostik mit den bildgebenden Verfahren. Zudem wurde in beiden Publikationen nicht konstant zwischen krankengymnastischer Behandlung (z. B. Vojta-Therapie) und manualmedizinischer Behandlung differenziert. Dies ist besonders bei Jacobi et al. [4] anzumerken, da die Autoren hier, ausgehend von den tödlichen Komplikationen im Rahmen der Krankengymnastik (Vojta-Therapie), vor dem Einsatz von Manualtherapien bei Säuglingen warnten.

Die beiden gleichaltrigen Säuglinge wurden aufgrund ähnlicher Beschwerden behandelt (angeborener Schiefhals bzw. Kopfhalteasymmetrie mit Vorzugshaltung).

Aus rechtsmedizinischer Sicht wurden die Kinder unterschiedlich behandelt (siehe Tabelle 1). Jedoch findet sich als Gemeinsamkeit bei der Behandlung, dass bei beiden Kindern die Kraft zur Drehung des Kopf-Hals-Übergangs über den Kopf eingeleitet wurde. *Die Größe der eingesetzten Kraft war nicht durch die Masse des Kindes begrenzt. Vielmehr wurde das Kind jeweils fixiert, die Kraft nach Vorstellungen der Therapeuten also undefiniert aufgebracht*.

Saternus et al. [5] gehen in beiden Fällen von einer erheblichen Zugbeanspruchung der A. vertebralis aus, wobei eine Lokalisation der angenommenen Schädigung der A. vertebralis nicht möglich war. In beiden Publikationen fehlen Untersuchungsergebnisse, mit denen eine Verletzungsanalyse hätte erstellt werden können. U. a. fehlen dazu die HWS-Befunde mit *Angaben zu Verletzungen von Kapsel und Menisci der Kopf- und Wirbelbogengelenke, vom Bandapparat der CO/2-Region, von Bandscheiben, Längsbändern, Inter- und Intraspinalmuskulatur.*

Verletzungen der A. vertebralis treten aufgund von Extrembewegungen, zumeist Mischbewegungen aus Translation und Rotation, auf. Die A. vertebralis weist eine gewisse Dehnbarkeit auf. *Die sogenannte Dehnbarkeitsgrenze der A. vertebralis ist als Maß der Verletzungsgefährdung anzusehen. Am stärksten wird die A. vertebralis durch eine Kombination von Rotation und Translation gedehnt* und kann dadurch zu Komplikationen nicht nur bei Säuglingen oder Kindern, sondern auch bei Erwachsenen führen.

Tabelle 1: Vergleichende Darstellung der beiden Kasuistiken
(aus Saternus et al. (2011) [5])

	Jacobi et al. (2001) [4]	**Holla et al. (2009) [3]**
Maßnahme	Physiotherapie nach Vojta	Physiotherapie nach Vojta
Patientenalter	3 Monate	3 Monate
Symptome	Angeborener Schiefhals Tonus des rechten M. sternocleidomastoideus ↑ Rechtsbetonte Hypotonie	Geringe motorische Unruhe Asymmetrische Vorzugshaltung des Kopfes Übermäßiges Weinen
Verordnung	Kinderarzt 10- mal Krankengymnastik auf neuro-physiologischer Grundlage	Keine Angabe
Therapeuten	Primär Krankengymnastin Nachfolgend die Mutter	Kraniosakral-Therapeut
Behandlung	Bauchlage Kopf nach rechts nach oben gereckt Gesichtsarm	Rückenlage Wickelkissen (a) Rechte Seitenlage (b)
Ablauf	Druck auf rechten Ellenbogen und Oberschenkel oder Ferse	(a) Palpation von Schädel und Hals (b) Starke Rumpfbeugung und Ventralflexion des Kopfs (Kinn auf der Brust)
Reaktion des Kindes	Heftig gewehrt Kopf stark nach rechts gedreht und zurückgenommen	(a) Kräftig geweint (b) Nicht beschrieben
Häufigkeit[13]	> 2-mal	Nicht beschrieben

[13] Mit Häufigkeit ist nicht die Anzahl der Therapieeinheiten gemeint, da die Notsituation mit Todesfolge bei beiden Kindern bereits in der ersten therapeutischen Sitzung [4,3] auftrat. Gemeint ist die Häufigkeit mit der das Kind seinen Kopf rotiert und rekliniert hat [4].

Fortsetzung Tabelle 1

	Jacobi et al. (2001) [4]	**Holla et al. (2009) [3]**
Ablauf	Bauchlage: Fixation mit der Hüfte zwischen Schulter/Kopf	Nicht beschrieben
Dauer	10 min (Gesamtbehandlung)	10 min
Nachphase	10 min: Atonie, Kind für entspannt gehalten; in Bauchlage leicht den Rücken geklopft	10 min Stuhlabgang, Atonie für Tiefschlaf gehalten
Laienreanimation	Nicht beschrieben	Ja, bis zum Eintreffen des Notarztes
Notarzt (Einsatzzeit)	10–15 min	Nicht beschrieben
Befund	Asystolie Hirnstammareflexie Dekompensierte metabolische Acidose	Asystolie Hirnstammareflexie Dekompensierte metabolische Acidose
Kardiopulmonale Reanimation	nach 2-maliger Defibrillation eigener Herzrhythmus	Nach 1 h eigener Herzrhythmus
Todesursache	Dissoziierter Hirntod[14] (Organexplantation)	Dissoziierter Hirntod Multiorganversagen

[14] Dissoziierter Hirntod = vollständiger irreversibler Ausfall aller Hirnfunktionen

Saternus et al. [5] konstatieren, dass *Extrembewegungen weder bei der Behandlung Erwachsener noch bei der von Kindern in Kauf genommen werden* können, zumal es schonende Behandlungstechniken gibt.

Laut der Autoren könnten im Rahmen einer Röntgenuntersuchung Skelettvarianten und Fehlbildungen entdeckt werden, die eine Kontraindikation zur Behandlung darstellen. Allerdings werden Fehlbildungen der A. vertebralis über dieses bildgebende Verfahren nicht entdeckt.

Bei der Durchführung einer Impulstherapie[15] ist die Nutzung von Polygraphie bei Kindern Pflicht. Über die Polygraphie lassen sich stärkere vegetative Reaktionen erkennen (Tachykardie, Bradykardie).

Die Autoren kommen zu folgendem Fazit:

- *Jede Technik von Krankengymnastik, aber auch von ärztlich durchgeführter Manualtherapie ist auf eine potenzielle Gefährdung der A. vertebralis hin zu überprüfen.*
- *Eine große Zahl erfolgreich durchgeführter Behandlungen berechtigt nicht, Komplikationen zu negieren.*
- *Sowohl bei der Krankengymnastik als auch bei der Manualtherapie gibt es schonende Techniken, deren Wirkung auch nachgewiesen ist.*

4.3 Zusätzliche Informationen aus dem Schreiben

Der betroffene GKV-Versicherte machte in seinem Schreiben zum einen auf ein kurzes Video aufmerksam, in dem die Behandlung mit der Vojta-Therapie an einem Säugling durchgeführt wird (Link: https://www.youtube.com/watch?v=6wSFXnZvemQ; letzter Zugriff: 31.07.2023).

Zum anderen wird auf eine Buchveröffentlichung hingewiesen: Voos D. Vojta-Therapie bei Babys - ein Aufschrei: Hilfe bei einem speziellen Trauma. Pulheim: Selbstverlag; 2021. Diese Veröffentlichung liegt der FBMed aktuell noch nicht vor und kann deswegen hier nicht dargestellt werden.

5 Zusammenfassung

In den dargestellten Publikationen Jacobi et al. [4] und Holla et al. [3] werden insgesamt zwei Fallbeispiele beschrieben. Für das Versterben der Säuglinge im Alter von 3 Monaten wird von den Autoren ein ursächlicher Zusammenhang mit der Vojta-Therapie festgestellt.

In der Publikation von Saternus et al. [6] werden diese beiden Fälle aus rechtsmedizinischer Sicht dargestellt. Die Autoren weisen auf ein Verletzungsrisiko der A. vertebralis aufgrund von Extrembewegungen (Kombination aus Rotation und Translation), die im Rahmen von manuellen Therapien im Kopf-Hals-Bereich entstehen können, hin. Schonende Techniken sollten im Rahmen von Krankengymnastik und Manualtherapie verwendet werden.

[15] Die Impulstherapie setzt einen kurzen Impuls (Stoß) gegen die obere HWS mit einer geringen Kraft (<50 N).

Referenzen

1. **Bublak R.** Manuelle Therapie kann Babys den Kopf kosten. CME 2016;8(9):35-35.
2. **Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA).** Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie/HeilM-RL); zuletzt geändert am 19.01.2023 [online]. Berlin (GER): G-BA; 2023. [Zugriff: 17.07.2023]. URL: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3109/HeilM-RL_2023-01-19_iK-2023-04-12.pdf.
3. **Holla M, Ijland MM, van der Vliet AM, Edwards M, Verlaat CW.** [Death of an infant following 'craniosacral' manipulation of the neck and spine]. Ned Tijdschr Geneeskd 2009;153(17):828-831.
4. **Jacobi G, Riepert T, Kieslich M, Bohl J.** Über einen Todesfall während der Physiotherapie nach Vojta bei einem 3 Monate alten Säugling: Fallbeschreibung und Bemerkungen zur Manualtherapie bei Kindern. Klinische Pädiatrie 2001;213:76-85.
5. **Saternus K, Biederman H, Riepert T, Koch L.** Traumatologie der A. vertebralis beim Säugling. Rechtsmedizin 2011;21:265-271.

Anlage 1

Von: Axmann, Beate im Auftrag von info
An: [redacted]
Betreff: AW: Mein Schreiben vom September 2022 zur Heilmittel-Richtlinie // Johannes Kern
Datum: Dienstag, 9. Mai 2023 11:18:00
Anlagen: Todesfälle nach Vojta Therapie.pdf

Sehr geehrter Herr Kern,

wir bedanken uns für Ihr weiteres Schreiben vom 26. April 2023 an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA).

Wir haben Ihre Schilderungen zur Therapie nach Vojta sowie die beigefügten Informationen an die beim G-BA zuständige Fachabteilung weitergeleitet. Frau Dr. Voos möge sich gerne, wie von Ihnen angeregt, direkt an den G-BA wenden.

Mit freundlichen Grüßen

i. A. Dr. Beate Axmann
Stabsabteilung Öffentlichkeitsarbeit und Kommunikation

Gemeinsamer Bundesausschuss
Gutenbergstr. 13
D-10587 Berlin
Telefon: +49 30 275838-0
Telefax: +49 30 275838-805
E-Mail: info@g-ba.de
Internet: http://www.g-ba.de

Diese Nachricht ist vertraulich. Sie ist ausschließlich für den im Adressfeld ausgewiesenen Adressaten bestimmt. Sollten Sie nicht der vorgesehene Empfänger sein, so bitten wir um eine kurze Nachricht. Jede unbefugte Weiterleitung, Änderung oder Fertigung einer Kopie ist unzulässig. Die Echtheit oder Vollständigkeit der in dieser Nachricht enthaltenen Information kann vom Absender nicht garantiert werden.
This e-mail is confidential and intended solely for the use of the individual to whom it is addressed. If you are not the intended recipient, be advised that you have received this e-mail in error and that any use, dissemination, forwarding, printing or copying of this e-mail is strictly prohibited. If you have received this e-mail in error please notify G-BA.

Von: Johannes Kern [redacted]
Gesendet: Mittwoch, 26. April 2023 10:58
An: info <info@g-ba.de>
Betreff: Re: Mein Schreiben vom September 2022 zur Heilmittel-Richtlinie // Johannes Kern

Sehr geehrte Frau Dr. Axmann,
ich möchte auf Ihre E-Mail antworten und Ihnen zusätzliches Material zukommen lassen. Dieses zeigt, dass die Vojta-Therapie auch unerwünschte Effekte haben kann.
Im Anhang finden Sie einen Artikel, in dem berichtet wird, dass zwei Babys während einer Vojta-Therapie verstorben sind.
Zusätzlich möchte ich Sie auf das Buch "Vojta-Therapie bei Babys - ein Aufschrei: Hilfe bei einem speziellen Trauma" von Dr. Duna Voos aufmerksam machen. Frau Dr. Voos hat als Kind selbst die Vojta-Therapie erhalten und beschreibt darin sehr deutlich mögliche Nachwirkungen, die sie in Gesprächen mit Betroffenen gesammelt hat. Ich habe sie gebeten, sich direkt an Sie zu wenden.
Des Weiteren möchte ich Ihnen in einem kurzen Video zeigen, wie die Behandlung nach Vojta aussieht (Link: https://youtu.be/6wSFXnZvemQ). Bitte stellen Sie sich vor, dass ein Säugling 7 Mal pro Woche 3-4 Mal täglich jeweils bis zu 20 Minuten von einem Elternteil behandelt wird. Auch wenn ich selbst betroffen bin, denke ich, dass es unmenschlich ist, einem Säugling, der sich nicht wehren kann und nicht versteht, was da vor sich geht, so viel zuzumuten. Im Artikel 1 des Grundgesetzes heißt es, die Würde des Menschen ist unantastbar. Dies müsste doch auch für diese hilflosen Säuglinge gelten, insbesondere wenn es eine Alternative gibt.
Ich habe letzte Woche auch erfahren, dass eine Frau, die nach Vojta behandelt wurde, mit ihrer Mutter, die die Behandlung durchgeführt hat, kein Wort mehr spricht und dies mit der Vojta-Therapie begründet. Ich habe das Gefühl, dass diese Angelegenheit auch in Familien sehr schambehaftet ist und die meisten Opfer sich nicht trauen, öffentlich darüber zu sprechen.
Ich hoffe, dass Sie sich eingehender mit dem Thema auseinandersetzen und die Notwendigkeit einer Alternative zur Vojta-Therapie erkennen können.
Mit freundlichen Grüßen
Johannes Kern

Am 05.04.2023 um 12:28 schrieb info <info@g-ba.de>:

Sehr geehrter Herr Kern,

haben Sie vielen Dank für Ihre E-Mail vom 19. Februar 2023. Die späte Beantwortung bitten wir zu entschuldigen.

Wie mitgeteilt haben wir die Schilderung Ihrer Erfahrungen mit der Therapie nach Vojta an die beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zuständige Fachabteilung zur Prüfung weitergeleitet. Nach Prüfung Ihres Anliegens können wir Ihnen Folgendes mitteilen:

In der Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL, https://www.g-ba.de/richtlinien/12/)des G-BA wird auf die Behandlungsmethode Vojta Bezug genommen. Danach ist spezielle Krankengymnastik für Kinder (KG-ZNS-Kinder) zur Behandlung von Erkrankungen des

zentralen Nervensystems bzw. des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen, insbesondere angeborener oder frühkindlich erworbener Schädigungen der Bewegungsfunktionen oder der Muskelfunktionen (Paresen) möglich. Dies kann unter Einsatz der neurophysiologischen Techniken nach Bobath oder Vojta erfolgen. In der Richtlinie werden jedoch keine Vorgaben gemacht, in welchen konkreten Fällen eine Behandlung nach Vojta einerseits oder Bobath andererseits erfolgen soll. Die Entscheidung, ob eine Behandlung nach Vojta oder nach Bobath durchgeführt wird, trifft die oder der Verordnende bzw. die behandelnde Therapeutin oder der behandelnde Therapeut. Für die Leistungserbringung bedarf es einer neurologischen Zusatzqualifikation, für welche ein entsprechender Qualifikationsnachweis erbracht werden muss. Die Anforderungen an die erforderlichen Zusatzqualifikationen werden nicht vom G-BA, sondern in den Verträgen nach § 125 SGB V zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den Verbänden der Leistungserbringer für Physiotherapie geregelt.

Wir bedauern sehr, dass Sie als Folge dieser Behandlung, wie Sie ausgeführt haben, unter gesundheitlichen Einbußen zu leiden haben.

Dem G-BA liegen bislang keine wiederholten Hinweise für negative Effekte der Behandlungsmethode Vojta vor. Insofern besteht für den G-BA derzeit keine Veranlassung, diese Methode als eine mögliche Behandlungsoption explizit auszuschließen. Aufgrund Ihrer eindrücklichen Schilderung wird die zuständige Fachabteilung aber das Eintreffen möglicher weiterer Hinweise im Blick behalten und ggf. in den Gremien des G-BA thematisieren.

Für die Zukunft wünschen wir Ihnen alles Gute.

Mit freundlichen Grüßen

i. A. Dr. Beate Axmann

Stabsabteilung Öffentlichkeitsarbeit und Kommunikation

Gemeinsamer Bundesausschuss
Gutenbergstr. 13
D-10587 Berlin
Telefon: +49 30 275838-0
Telefax: +49 30 275838-805
E-Mail: info@g-ba.de
Internet: http://www.g-ba.de

Diese Nachricht ist vertraulich. Sie ist ausschließlich für den im Adressfeld ausgewiesenen Adressaten bestimmt. Sollten Sie nicht der vorgesehene Empfänger sein, so bitten wir um eine kurze Nachricht. Jede unbefugte Weiterleitung, Änderung oder Fertigung einer Kopie ist unzulässig. Die Echtheit oder Vollständigkeit der in dieser Nachricht enthaltenen Information kann vom Absender nicht garantiert werden.
This e-mail is confidential and intended solely for the use of the individual to whom it is addressed. If you are not the intended recipient, be advised that you have received this e-mail in error and that any use, dissemination, forwarding, printing or copying of this e-mail is strictly prohibited. If you have received this e-mail in error please notify G-BA.

-----Ursprüngliche Nachricht-----
Von: Johannes Kern [redacted]
Gesendet: Sonntag, 19. Februar 2023 11:18
An: info <info@g-ba.de>
Betreff: Mein Schreiben vom September 2022

Ihr Zeichen: Ax/P-Ö

Sehr geehrte Frau Dr. Axmann,

Ich habe Ihnen vor einiger Zeit einen Brief bzgl. der unerfreulichen Nachwirkungen aufgrund der mir durchgeführten Therapie nach Vojta geschrieben. Bislang habe ich außer eine Eingangsbestätigung vom 20. September 2022 keine Rückmeldung erhalten.

Mit der Bitte um Stellungnahme,
verbleibe ich mit freundlichen Grüßen
Johannes Kern



© [M] Rosemarie Gearhart / istockphoto.com

Erst Schreien, dann Totenstille

Manuelle Therapie kann Babys den Kopf kosten

Der therapeutisch gewünschte Aktivierungszustand äußert sich bei Säuglingen während der Behandlung oft durch Schreien – so steht es auf den Webseiten der internationalen Vojta-Gesellschaft, einer Fachorganisation für die Physiotherapie nach Vojta, zu lesen. Geschrien haben die beiden unten beschriebenen Säuglinge während ihrer Behandlung zunächst auch. Dann wurden sie ruhig. So ruhig, dass die zu Hilfe gerufenen Ärzte schließlich den Hirntod feststellen mussten.

Das drei Monate alte Mädchen ist mit seiner Mutter in die Praxis einer Krankengymnastin gekommen. Diagnose vom Kinderarzt: Funktioneller Schiefhals mit erhöhtem Tonus des rechten Kopfwendemuskels. Der schiefe Hals soll nun mithilfe der Vojta-Therapie seinen geraden Sitz zurückerlangen.

Zu fest gedrückt?

Das Kind wird auf den Bauch gelegt, der Kopf nach rechts gedreht, der Gesichtsarm – in der Vojta-Terminologie der Arm, dem das Gesicht zugewandt ist – nach oben halb gestreckt. Die Krankengymnastin übt Druck auf den rechten Ellbogen und auf den rechten Oberschenkel oder die Ferse aus. Das Kind wehrt sich heftig. Es schreit laut, schwitzt am ganzen Körper. Das Kind arbeite gut, freut sich die Therapeutin und überlässt die Handgriffe nun der Mutter. Sie habe fest gedrückt, wird die Mutter später sagen, wie die Krankengymnastin es ihr aufgetragen habe.

Die ganze Prozedur dauert rund zehn Minuten. Das Kind dreht mehrfach heftig den Kopf, beugt ihn zurück, es ist völlig nassgeschwitzt und erschöpft. Die Krankengymnastin zeigt der Mutter eine Entspannungslage: Das Kind soll auf dem Bauch liegen, die Arme parallel nach oben gelagert. Eine andere Frau bemerkt, dass das Baby nicht mehr richtig atmet. Sie fordert die Mutter auf, das Mädchen doch herumzudrehen und hochzunehmen. Als das endlich geschieht, ist es zu spät: Das Kind ist blass, seine Lippen sind blau, die Beine kalt. Die Atmung setzt aus. Eine Viertelstunde später stellt der Notarzt eine zentrale und periphere Zyanose fest, das EKG spricht für eine Asystolie. Zwar hat die Reanimation Erfolg, doch das Kind ist hirntot. Die Obduktion ergibt eine untere foraminale Einklemmung mit massivem Hirnödem, basale Kleinhirnanteile sind in den Spinalkanal gepresst. Über dem kaudalen Hirnstamm ist eine Subarachnoidalblutung zu sehen. Die Adventitia beider Vertebralarterien weist Einblutungen am kraniozervikalen Übergang auf.

Bis zur Erschlaffung in tiefer Flexion gehalten

Der Fall liegt zehn Jahre zurück – erneut aufgegriffen hat ihn nun eine Gruppe von Rechtsmedizinern und ärztlichen Manualtherapeuten um Prof. Klaus-Steffen Saternus vom Institut für Rechtsmedizin in Kassel. In der Fachzeitschrift „Rechtsmedizin“ untersuchen sie auch einen weiteren Vorfall, über den niederländische Ärzte vor zwei Jahren berichtet haben. Damals hatte ein ebenfalls drei Monate altes Mädchen sein Leben auf dem Behandlungstisch eines Kraniosakraltherapeuten gelassen. Der hatte das weinende Kind zur Behandlung geringer motorischer Unruhe nach Vojta-Art auf die rechte Seite gedreht, an Steiß und Schulter-Hals-Übergang gepackt und zehn Minuten lang in tiefer Flexion gehalten – bis das Kind erschlaffte und seine Lippen blau wurden. Das Mädchen starb auf der Intensivstation unter den Zeichen der Ischämie im vertebrobasilären Stromgebiet und des Multiorganversagens.

Reine Traktion kann wie Strangulation wirken

Saternus und Kollegen führen den Tod der beiden Kinder auf unerwartete Folgen der Krankengymnastik nach Vojta zurück. Sie weisen in ihrem Artikel darauf hin, dass reine Traktion durchaus zu Verletzungen der Arteria vertebralis führen kann, was etwa von Strangulationsverletzungen her bekannt sei. Die Autoren mahnen daher in ihrem Resümee: „Jede Technik von Krankengymnastik, aber auch von ärztlich durchgeführter Manualtherapie ist auf eine potenzielle Gefährdung der Arteria vertebralis hin zu prüfen.“ Es gebe in beiden Behandlungsformen schonende Techniken, deren Wirkung nachgewiesen sei.

(Robert Bublak)

Rechtsmedizin 2011, 21:265; Holla M et al, Ned Tijdschr Geneeskd 2009, 153:A290; Jacobi G et al, Klin Pädiatr 2001, 213:76

Anlage 3

Gemeinsamer Bundesausschuss	
Posteingangsnummer	2111
Posteingangsdatum	15.09.2022
Abteilung	GF

Johannes Kern

◆ [redacted] ◆ [redacted]

◆ ☎ [redacted] ◆ ✉ [redacted]

13. September 2022

Datum	15.09.2022
Verfügt an:	Ö-K
Kopie an:	

An den Vertretungsberechtigten
des Gemeinsamen Bundesausschusses
Herrn
Prof. Josef Hecken
Gutenbergstraße 13
10587 Berlin

Kostentragungspflicht Krankengymnastik nach Vojta bei Babys/Kindern

Sehr geehrter Herr Prof. Hecken,

als gesetzlicher Versicherter möchte ich mich kurz vorstellen und Ihnen ein aus meiner Sicht wichtiges Anliegen persönlich darlegen.

Ich wurde am 03.06.1988 in Siegen geboren. Vor meiner Geburt hatte sich die Nabelschnur um den Hals gewickelt und ich leide seitdem unter einer infantilen Zerebralparese (umgangssprachlich: „Spastik“).

Diese wurde in meiner Kindheit mit der „Vojta-Therapie“ behandelt. Die „Vojta-Therapie“ geht davon aus, dass es im Körper bestimmte Orte der Bewegung gibt, die durch äußere Reize stimuliert werden können. Damit sollen trotz eines geschädigten Nervensystems „normale“ Bewegungsabläufe angebahnt werden. Je früher diese Therapie einsetzt, desto besser könnten - so die Aussagen zu dieser Behandlungsmethode - „normale“ Bewegungsabläufe angebahnt werden.

Meine Behandlung können Sie sich wie folgt vorstellen: Von meiner Mutter wurde ich ca. 3 bis 4 mal täglich ca. 20 min lang als Säugling fixiert. In dieser Zeit wurde durch massives Drücken an bestimmten Stellen meines Körpers - ungeachtet sämtlicher kindlichen Warnsignale - versucht, normale Bewegungsmuster anzubahnen. Es galt ja zu verhindern - so die Lehrmeinung - das ich ein Leben im Rollstuhl führen muss. Diese Therapie wurde durch eine Therapeutin begleitet und mit mehreren Pausen bis zum Beginn meiner Pubertät (ca. 15 Jahre) fortgesetzt.

Diese Methode hat aber massive Nachwirkungen. Seitdem ich ca. 20 Jahre alt bin, leide ich unter folgenden psychischen Symptomen (Krankheitsbild: komplexe Posttraumatische Belastungsstörung):

- Depressionen/Gefühl, das Leben als extrem anstrengend zu empfinden,
- Darmbeschwerden (Reizdarm),
- Alleinsein/ Widerstand gegen körperliche Nähe (Keine Beziehung möglich!)
- Langes Aushalten von Schmerzen,
- schwierige Beziehung zu Eltern,

- Widerstand gegen Hierarchien und Regeln (auch im Berufsleben),
- regelmäßige starke Kopfschmerzen.

Nachdem ich mich jetzt im Alter von über 30 Jahren intensiv mit der Vojta-Methode auseinandergesetzt habe, ist mir - auch auf Hinweise meiner behandelnden Ärzten - bewußt geworden, dass diese jahrelange Behandlung ursächlich für meine heutigen Beschwerden ist.

Nach wissenschaftlicher Erkenntnis ist die Vojta-Therapie keinesfalls „alternativlos", sondern kann in den meisten Fällen vollumfänglich durch die Bobath-Therapie ersetzt werden.

Mir stellt sich nun die Frage, ob die Vojta-Methode heute noch auf Kosten der Krankenkassen angewandt werden sollte. Ich persönlich halte dies für unhaltbar als kassenärztliche Leistung. Darüber hinaus sollten auch die immensen Folgekosten betrachtet werden, die durch verschiedene Psychotherapien und stationäre Aufenthalte verursacht werden, die ich und auch andere so behandelte Menschen benötigen. Meines Erachtens ist diese Behandlungsmethode auch durch neuere Erkenntnisse der Entwicklungspsychologie nicht mehr tragbar.

Ich bitte Sie daher zu prüfen, inwiefern eine Kostentragungspflicht durch die gesetzlichen Krankenkassen bei dieser Behandlungsmethode noch gegeben ist.

Für eine Stellungnahme wäre ich Ihnen sehr dankbar.

Für Rückfragen, auch für ein persönliches Gespräch, stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Johannes Kern

Johannes Kern

Rechtsmedizin 2011 · 21:265–271
DOI 10.1007/s00194-011-0758-9
Online publiziert: 7. Mai 2011
© Springer-Verlag 2011

K.-S. Saternus[1] · H. Biederman[2] · T. Riepert[3] · L. Koch[4]
[1] Institut für Rechtsmedizin, Kassel
[2] Privatpraxis, Köln
[3] Institut für Rechtsmedizin, Johannes Gutenberg-Universität, Mainz
[4] Privatpraxis, Hamburg

Traumatologie der A. vertebralis beim Säugling

Gefahren durch Krankengymnastik nach Vojta und durch Manualtherapie?

Über schwere Komplikationen nach manualmedizinischen Behandlungen bei Adulten ist mehrfach berichtet worden. Im vorliegenden Beitrag wird auf die potenzielle Verletzung der A. vertebralis im Rahmen der Manualtherapie des Säuglings eingegangen. Wegen der teilweise unklaren Abgrenzung von Krankengymnastik und ärztlich ausgeübter Manualtherapie werden die Befunde von zwei dem medizinischen Schrifttum entnommenen Säuglingstodesfällen nach Vojta-Therapie vorangestellt.

Hintergrund

Direkte Verletzungen der A. vertebralis finden sich beim Säugling fast nur bei Tötungsdelikten. Über indirekte Verletzungen der A. vertebralis liegt für den adulten Menschen ein umfangreiches kasuistisches Schrifttum vor. Für die Traumatologie des intrakraniellen Teils und der A. basilaris hat die 1982 erschienene Monografie von Krauland [21] bis heute den Maßstab gesetzt. Für die indirekte Verletzung der A. vertebralis des Säuglings kommt dem Schütteltrauma als „whiplash shaken infant syndrome“ [42] die größte forensische Bedeutung zu.

Im rezenten Schrifttum wird kontrovers diskutiert, ob die als typisch angenommene gedämpfte Schwingung mit großer Amplitude, also die Exkursionen vom Kopf gegen fixierten Rumpf, zu so hohen Beschleunigungswerten führen kann, wie sie nach dem Verletzungsumfang zu erwarten wären. Hinzu kommt die Diskrepanz zwischen der umfangreichen axonalen Schädigung auf der einen Seite und dem andererseits häufig nur geringen subduralen Hämatom, der diskreten epiduralen Blutung im Spinalkanal und dem gleichfalls nur zumeist geringen retropharyngealen Hämatom [30]. Eine Erklärung dafür wäre in einer Überlagerung der gedämpften Schwingung durch kurze harte irreguläre Impulse zu sehen. Dieses Rucken oder Reißen, eben die kurzen harten Impulse, kann die primäre Beschleunigung des Kopfs vergrößern, aber ebenso abrupt in die Gegenbewegung führen. Damit ließen sich hohe Winkelbeschleunigungen allein aus dem Schüttelvorgang ohne jede Zusatzannahme ableiten. Bei dieser extremen Zugbeanspruchung sind Verletzungen der A. vertebralis zu erwarten. Systematische Untersuchungen dazu stehen noch aus.

Die reine Traktion kann zu Verletzungen der A. vertebralis führen

Dass aber reine Traktion zu Verletzungen der A. vertebralis führen kann, zeigen entsprechende Untersuchungen nach suizidaler Strangulation beim Adulten [32, 33]. In diesem Kollektiv (n=36) fanden sich in etwa einem Viertel der Fälle subintimale Blutungen, 2-mal Dissektionen und in mehr als der Hälfte der Fälle perivasale Blutungen.

Kasuistiken

Beide Kasuistiken sind umfangreich unter Darstellung der Indikation, der äußeren Umstände des Geschehens, der klinischen Diagnose und der morphologischen Befunde publiziert worden. Der erste Bericht stammt aus dem Jahr 2001, mitgeteilt von Jakobi et al. [16], der zweite aus dem Jahr 2009, mitgeteilt von Holla et al. [15]. Diese Mitteilungen hatten als Warnsignal eine unüberhörbare Bedeutung. So war über Todesfälle nach der Vojta-Methode im Säuglingsalter bis dahin noch nicht berichtet worden, sehr wohl aber über schwere Komplikationen nach manualmedizinischen Behandlungen bei Adulten.

Vergleichende Darstellung

Die Zusammenstellung dazu erfolgt tabellarisch; dies soll der besseren Vergleich-

Tab. 1 Vergleichende Darstellung der beiden Kasuistiken

	Kind[1] (Jakobi et al. [16])	Kind[2] (Holla et al. [15])
Maßnahme	Physiotherapie nach Vojta	Physiotherapie nach Vojta
Patientenalter (Monate)	3	3
Symptome	Angeborener Schiefhals Tonus des rechten M. sternocleidomastoideus ↑ Rechtsbetonte Hypotonie	Geringe motorische Unruhe Asymmetrische Vorzugshaltung des Kopfes Übermäßiges Weinen
Verordnung	Kinderarzt 10-mal Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage	Keine Angabe
Therapeuten	Primär Krankengymnastin Nachfolgend die Mutter	Kraniosakraler Therapeut
Behandlung	Bauchlage Kopf nach rechts nach oben gereckt Gesichtsarm	Rückenlage Wickelkissen (a) Rechte Seitenlage (b)
Ablauf	Druck auf rechten Ellenbogen und Oberschenkel oder Ferse	(a) Palpation von Schädel und Hals (b) Starke Rumpfbeugung und Ventralflexion des Kopfs (Kinn auf der Brust)
Reaktion des Kindes	Heftig gewehrt Kopf stark nach rechts gedreht und zurückgenommen	(a) Kräftig geweint (b) Nicht beschrieben
Häufigkeit	>2-mal	
Ablauf	Bauchlage: Fixation mit der Hüfte zwischen Schulter/Kopf	
Dauer	10 min (Gesamtbehandlung)	10 min
Nachphase	10 min: Atonie, Kind für entspannt gehalten; in Bauchlage leicht den Rücken geklopft	10 min Stuhlabgang, Atonie für Tiefschlaf gehalten
Laienreanimation	Nicht beschrieben	Ja, bis zum Eintreffen des Notarztes
Notarzt (Einsatzzeit)	10–15 min	Nicht beschrieben
Befund	Asystolie Hirnstammareflexie Dekompensierte metabolische Acidose	Asystolie Hirnstammareflexie Dekompensierte metabolische Acidose
Kardiopulmonale Reanimation	Nach 2-maliger Defibrillation eigener Herzrhythmus	Nach 1 h eigener Herzrhythmus
Todesursache	Dissoziierter Hirntod (Organexplantation)	Dissoziierter Hirntod Multiorganversagen

barkeit dienen (**Tab. 1**). Die beiden interdisziplinären Arbeitsgruppen haben in der Befundwiedergabe geringfügig unterschiedliche Akzente gesetzt.

Betrachtet man die beiden Todesfälle, finden sich zahlreiche Übereinstimmungen hinsichtlich der Symptome, die beide Kinder geboten haben, und des daraus abgeleiteten therapeutischen Vorgehens. Beide Säuglinge wurden im selben Lebensalter wegen ähnlicher Beschwerden behandelt, nämlich das eine Kind wegen eines angeborenen Schiefhalses und das andere wegen einer Kopfhalteasymmetrie mit einer Vorzugshaltung, anders ausgedrückt, wegen einer Vermeidungshaltung. Nicht mitgeteilt wurde, ob dieses Kind in allen Positionen außer der Vorzugshaltung oder auch in der Vorzugshaltung „übermäßig" geweint habe. Das „übermäßige Weinen" soll als belegt angesehen werden. Beide Säuglinge sollten nach dem Prinzip von Vojta [43] mit einer Tonusminderung auf der Seite der hypertonen Muskulatur und einer Tonisierung auf der hypotonen Seite behandelt werden. Tatsächlich wurden sie unterschiedlich behandelt. Bei beiden Kindern wurde jedoch die Kraft zur Dehnung des Kopf-Hals-Übergangs (Co/2) über den Kopf eingeleitet. Die Größe der eingesetzten Kraft war nicht durch die Masse des Kindes begrenzt. Vielmehr wurde das Kind jeweils fixiert, die Kraft nach den Vorstellungen der Therapeuten, also undefiniert, aufgebracht.

An der Behandlung des 2001 geborenen Kindes (im Folgenden Kind[1]) waren 2 Personen beteiligt, nämlich eine erfahrene Physiotherapeutin und die von ihr kurz zuvor eingewiesene Mutter des Kindes. Die Beschreibung des Behandlungsablaufs erfolgte in der Vojta-Terminologie [43, 44]. Die Behandlung des 2009 geborenen Kindes (Kind[2]) führte ein Therapeut mit kraniosakraler Technik durch. Jeweils erfolgte die Krafteinleitung über etwa 10 min, bei Kind[2] durch extreme Flexion von Kopf und Hals gegen den gleichfalls nach ventral gebogenen Rumpf (Gegenkraft am Gesäß angesetzt). Komprimiert wurde mit beiden Armen/Händen, und zwar weitgehend kontinuierlich. Das Kind befand sich gemäß einer Skizze [15] dabei in rechter Seitenlage, das Gesäß wurde zwischen den Beinen mit der rechten Hand umgriffen, die Schulter mit der linken. Die Kraft wurde jedoch mit der Beugeseite des linken Unterarms über das Hinterhaupt des Kindes eingeleitet. Bei Kind[1] ist von einer Bauchlage auszugehen. Erfolgte die Fixation im Bereich des Rumpfes (zwischen Schulterblatt und Nacken), wurde die Kraft intervallär als Hyperextension, Rotation und wahrscheinlich kombiniert aufgebracht. Eine nähere Eingrenzung der Art der Beanspruchung ließ sich nicht erreichen. Aus den Folgen wurde abgeleitet, dass der Krafteinsatz unphysiologisch gewesen sein müsste. Entsprechend wurde in bei-

den Publikationen auch mit aller Akribie nach Erklärungsmöglichkeiten gesucht.

Beide Kinder wurden durch diese länger dauernde Zwangshaltung zunächst unruhig, schwitzig und dann schlaff; dies wurde als gewünschte Entspannung und nicht als schwere hypoxische Schädigung mit Tonusverlust der Muskulatur angesehen. Durch Laienreanimation und nachfolgende professionelle kardiopulmonale Reanimation („cardiopulmonary resuscitation", CPR) gelang lediglich eine Wiederherstellung des Kreislaufs; das Gehirn blieb jedoch irreversibel hypoxisch geschädigt. Bei der Darstellung der Todesursache wird bei Kind[1] von den Autoren [16] auf die rechtsmedizinisch und neuropathologisch erhobenen Befunde eingegangen. Bei Kind[2] gehen die Autoren mehr auf die klinische Diagnostik einschließlich der bildgebenden Verfahren ein. Auf die Ergebnisse einer rechtsmedizinisch durchgeführten Obduktion wird verwiesen. Bei Kind[1] war der klinisch diagnostizierte Schiefhals auch morphologisch fassbar. So bestand ein Unterschied zwischen beiden Mm. sternocleidomastoidei, nämlich mit einseitiger Verkürzung, Vernarbung und gegenseitiger Muskelfaserhypertrophie. Allerdings zeigt die Angabe über unterschiedliche Seitigkeit die in der Rechtsmedizin bekannte Schwierigkeit, vom morphologischen Befund auf die Funktion schließen zu wollen.

Vor einer forcierten Einwirkung auf einen Säugling wird gewarnt

In beiden Publikationen unterscheiden die Autoren nicht konstant zwischen manualmedizinischer und krankengymnastischer Behandlung [15, 16]. Die Vojta-Therapie [43, 44] ist eine etablierte Krankengymnastik. Begriffliche Unschärfe ist immer unbefriedigend. Konkret haben die tödlichen Komplikationen bei einer Form der Krankengymnastik gleich auch zu einer Warnung vor dem Einsatz der Manualtherapie bei Säuglingen geführt ([16]). Diese Warnung wäre nur bei gleichem oder ähnlichem Wirkprinzip zulässig gewesen. Selbstverständlich ist die Warnung vor einer forcierten Einwirkung auf einen Säugling, unter welchem therapeutischen Ansatz auch immer, berech-

Zusammenfassung · Abstract

Rechtsmedizin 2011 · 21:265–271 DOI 10.1007/s00194-011-0758-9
© Springer-Verlag 2011

K.-S. Saternus · H. Biederman · T. Riepert · L. Koch

Traumatologie der A. vertebralis beim Säugling. Gefahren durch Krankengymnastik nach Vojta und durch Manualtherapie?

Zusammenfassung

Mittelbare Verletzungen der A. vertebralis sind beim Schütteltrauma des Säuglings und auch als Sturzfolgen forensisch geläufig. Dagegen scheint die Frage einer Schädigung der A. vertebralis als Komplikation einer Therapie zunächst nicht naheliegend. Ausgehend von den Befunden zweier im Schrifttum mitgeteilter Todesfälle von Säuglingen nach durchgeführter Vojta-Physiotherapie mit schweren hypoxischen Schädigungen des Gehirns im vertebrobasilären Stromgebiet werden auch manualmedizinische Techniken auf strukturelle Gefährdungen der A. vertebralis hin untersucht. Die Vergleiche stützen sich auf mitgeteilte anatomische, biomechanische und klinische Daten. Danach besteht bei durchaus gebräuchlichen manualmedizinischen Techniken ein hohes Verletzungsrisiko für die A. vertebralis. Diese werden entsprechend als obsolet für die Behandlung von Säuglingen, Kindern und Adulten angesehen. Dem stehen nichtrisikobehaftete Techniken gegenüber. Zur Überwachung des Säuglings bei der manualmedizinischen Behandlung wird die Polygraphie für erforderlich gehalten.

Schlüsselwörter

Manuelle Therapien · Ausführung physikalischer Therapie · „Shaken baby syndrome" · Dissoziierter Hirntod · Polygraphie

Trauma to the vertebral artery in infants. Are hazards associated with physiotherapy by Vojta's method and manual therapy?

Abstract

Forensic medicine is familiar with direct injuries to the vertebral artery associated with the shaken baby syndrome and additionally as resulting from falls. By contrast, the question of damage to the vertebral artery as a therapeutic complication is initially less obvious. Reports in the literature of two cases of infant death due to severe hypoxic trauma to the vertebrobasilar circulation of the brain following physiotherapy performed by Vojta's method led to an investigation into the hazards which manual medicine techniques can pose to the vertebral artery. The comparisons are underpinned by reported anatomic, biomechanical and clinical data. According to these data, there is certainly a high risk of injury to the vertebral artery associated with commonly used manual medicine techniques. These techniques are thus deemed obsolete for the treatment of infants, children and adults given the availability of less risky techniques. The polygraph should be required for monitoring infants during manual medicine treatment.

Keywords

Manual therapies · Physical therapy modalities · Shaken baby syndrome · Dissociated brain death · Polygraphy

tigt, eine Warnung, die von manualtherapeutischer Seite uneingeschränkt mitgetragen wird. Umso mehr ist es geboten, sich mit den Details des Vorgehens zu beschäftigen, das die tödlich verlaufenden Komplikationen nach sich gezogen hat.

Gewichtung der publizierten Daten

Beide Säuglinge sind aus der Sicht der Autoren an den unerwarteten Folgen der Krankengymnastik in Form der Vojta-Methode gestorben. Welche Art der Beanspruchung zu welcher Schädigung geführt hat, ließ sich nicht sicher sagen. Allerdings ließ sich feststellen, dass jeweils ein mechanischer Insult eine zerebrale Hypoxie nach sich gezogen hatte, einmündend in einen dissoziierten Hirntod. Diese Sicht ist klinisch und bei Kind[1] auch autoptisch sowie neuropathologisch abgesichert.

Vojta selber hat für seine Therapie weder einen Indikationskatalog noch präzise Angaben zu Technik und Dauer der Einwirkung publiziert [16]. Dies trifft auch für die neueste Auflage [44] zu.

Bei Kind[1] war der Hauptbefund eine traumatische Einblutung in die Adventitia beider Aa. vertebrales in Höhe des Duradurchtritts, in einer Region, die als vulnerabel angesehen wird [27]. Weiterhin bestanden eine frische Subarachnoidalblutung über den kaudalen Partien des Hirnstamms sowie frische Blutungen in einzelnen Wurzeltaschen und den Nervenfaszikeln der Halswirbelsäule (HWS). Als älterer geburtstraumatischer Befund wurde über eine zarte Subarachnoidalblutung und über Intimarisse in beiden Aa. vertebrales intrakraniell berichtet. Auf den Wert derartiger als „adaptative Intimaverdickungen" bezeichneter Veränderungen der intrakraniellen Aa. vertebrales soll hier nicht eingegangen werden (s. dazu [21, 22, 23]).

Die perivasale Unterblutung der A. vertebralis im Duradurchtritt könnte durchaus auch mittelbare Folge des massiv erhöhten Hirndrucks bei dissoziiertem Hirntod nach unterer Einklemmung sein. Mit der histologisch nachgewiesenen Verlagerung von Kleinhirngewebe in den tiefen Spinalkanal muss auch von einer erheblichen Zugbeanspruchung der Aa. vertebrales ausgegangen werden. Die Lokalisation der angenommenen Schädigung der Aa. vertebrales steht somit nicht fest. Bei Kind[2] wird auch ausdrücklich darauf hingewiesen.

Von einer erheblichen Zugbeanspruchung der Aa. vertebrales muss ausgegangen werden

Wie aus **Tab. 1** ersichtlich ist, fehlen in beiden Publikationen Untersuchungsergebnisse, anhand derer die Autoren eine Verletzungsanalyse hätten erstellen können. Das betrifft auch Angaben zum gesamten extrakraniellen Verlauf der Aa. vertebrales, einschließlich des Schleifenteils. Für Kind[1] wurden zwar über einen breit angelegten Zugang durch die hintere Schädelbasis, die dorsalen Partien der Umrandung des Foramen occipitale magnum, den hinteren Atlasbogen und die Bögen der HWK ab C2 das Rückenmark mit seinen Wurzeln, Medulla und Kleinhirn in toto präparativ entnommen, offensichtlich aber vorher nicht die Aa. vertebrales präparativ dargestellt.

Bei der krankengymnastischen Behandlung von Kind[1] wurde in der typischen Terminologie nach Vojta eine Rotation und Reklination des Kopfes (nach rechts/oben) beschrieben. Das würde eine Flussminderung in der A. vertebralis auf der kontralateralen Seite, also links, nach sich ziehen. Dieser Zusammenhang wurde bereits Ende des 19. Jh.s für den Adulten durch postmortale Flussmessungen, aber erst 100 Jahre später für den Säugling nachgewiesen [34]. Konkret ist weder bei Kind[1] noch bei Kind[2] bekannt, ob ein Seitenunterschied im Kaliber der Aa. vertebrales vorgelegen hat; dies wäre hämodynamisch von Bedeutung gewesen. Seitenunterschiede sind bereits beim Säugling häufig. Signifikante Kaliberunterschiede fanden sich im Rechts-links-Vergleich an 60 Säuglingen in mehr als der Hälfte der Fälle nach morphometrischer Ausmessung der Elastica interna [14]. Zugrunde gelegt wurde das 3-Fache des Variationskoeffizienten des Messfehlers.

Für eine Verletzungsanalyse ist es bedeutsam, dass in keiner der beiden Publikationen der HWS-Befund genau mitgeteilt worden ist. Es fehlen Angaben zu Verletzungen von Kapseln und Menisci der Kopf- und Wirbelbogengelenke, vom Bandapparat der CO/2-Region, von Bandscheiben, Längsbändern, Inter- und Intraspinalmuskulatur. Dabei wären bereits zarte Blutungen in der Muskulatur zwischen den Dornfortsätzen in Kombination mit diskreten Ablösungen der dorsalen Partien des Faserrings der Bandscheibe vom hinteren Längsband ein diagnostischer Hinweis auf eine forcierte Ventralflexion gewesen. Dazu hätte ein Sagittalschnitt durch die HWS auch nach präparativer Entnahme des Rückenmarks Informationen liefern können.

Für Kind[2] wird mitgeteilt, dass sich mit Einsatz der bildgebenden Verfahren weder Dissektionen, Bänderschäden noch Blutungen gefunden hätten. Die Befunde, die gemeint sind, wären radiologisch noch nicht fassbar gewesen. Bei der Diagnostik von Kind[2] fanden sich im kranialen Computertomogramm (CCT) des Gehirns sowie dem CT von Hals und Wirbelsäule keine angeborenen Abweichungen. Bei der gerichtlichen Obduktion sind Gehirn und Spinalmark untersucht worden. Angaben über HWS und A. vertebralis fehlen. Im Magnetresonanztomogramm (MRT) lagen Befunde vor, die zu einer Ischämie im vertebrobasilären Stromgebiet passen würden, außerdem eine erhöhte Signalintensität in Medulla und Rückenmark über die ganze Länge der HWS.

Diskutiert wird deshalb auch eine vorübergehende Reizung oder Kompression des Rückenmarks unter der Extrembeanspruchung. Derartige zentrale Nekrosen mit Einblutungen des Rückenmarks werden typischerweise nicht als Folge der unmittelbaren Rückenmarkkompression, sondern als Folge mittelbarer Zirkulationsstörungen durch Kompression angesehen.

Die Krafteinleitung soll kontinuierlich [15] über etwa 10 min mit der Innenseite des linken Unterarms des Therapeuten auf den Hinterkopf des Kindes und mit der rechten Hand über das Gesäß erfolgt sein. Die rechte Hand dürfte dabei wohl wenigstens zeitweise abgestützt worden sein, weil die Kraft für eine Kompression mit der Hand über eine so lange Zeitspanne nach experimentellen Untersuchungen nur schwer aufzubringen gewesen wäre [4]. Die Zeitangabe über eine Einwirkzeit von 10 min auf beide Kinder stimmt mit der Ischämiezeit des Gehirns

für den Eintritt des irreversiblen Hirntods überein [28, 29].

Versuch einer Zuordnung

Bei beiden Kindern wurden umfangreiche posttraumatische Ischämien diagnostiziert, die zu solchen im vertebrobasilären Stromgebiet passen würden. Deshalb galt der Blick auch möglichen Verletzungen der A. vertebralis selber oder perivasalen Blutungen, die zu Gefäßspasmen und darüber zur zerebralen Hypoxie geführt haben könnten. Zwar würde man bei einer Rotation des Kopfes nach rechts unter Reklination eher eine linksbetonte perivasale Unterblutung der A. vertebralis zuvorderst in ihrem Schleifenteil erwarten, aber bei extremer Beanspruchung wäre eine Beidseitigkeit kein Widerspruch. Allerdings liegt bei Kind[1] kein Präparationsbefund der Aa. vertebrales vor.

Auch bei Kind[2] werden vielfältige Ursachen, die zur zerebralen Hypoxie geführt haben, diskutiert. Als Folge des extremen Zusammendrückens des Kindes nach vorn (Ventralflexion und Kompression) zwischen beiden Armen des Therapeuten dürften die zentralen Nekrosen in Rückenmark und Medulla oblongata anzusehen sein, verbunden wohl mit einer schweren Behinderung der Atmung, der hochgradigen Beanspruchung der Skelettmuskulatur durch die starke Dehnung bis zu deren Erschöpfung und Freisetzung von Katecholaminen, einmündend in einen Circulus vitiosus bis zum kardiovaskulären Kollaps. Dabei könnte es sich um einen ähnlichen Verlauf gehandelt haben, wie er bei der Festnahme exzitierter Personen durch die Polizei zumal in der amerikanischen Literatur beschrieben wurde, nämlich durch Fixieren des Delinquenten in Bauchlage auf den Boden durch Druck auf den Rücken [31].

Jakobi et al. [16] geben in der Diskussion über die Todesursache von Kind[1] einen Überblick über die Verletzungen der A. vertebralis und gehen auch auf Komplikationen bei der manuellen Therapie ein. Diese treten auf, allerdings nicht bei allen Techniken. Verletzungen der A. vertebralis nach Manualtherapie sind auch in Übersichtsarbeiten mehrfach beim Adulten beschrieben worden [5, 7, 8, 11, 13, 24, 35, 39, 45]. Eine solche Verletzung der A. vertebralis muss immer vor dem Hintergrund einer Extrembewegung, zumeist einer Mischbewegung gesehen werden.

Beim Adulten basieren allerdings viele Techniken auf der Mitarbeit des Patienten, so durch eine angeleitete aktive Selbststeuerung (Blickwendung, Atemeinsatz und Anspannung) bei schmerzhafter Bewegungseinschränkung durch muskuläre Verspannung [41]. Allerdings gibt es auch dabei eine, wenn auch milde, passive Dehnung des betroffenen Muskels in seiner Verlaufsrichtung. Für die Anspannungszeit werden mindestens 10 s angegeben; es wird eine mehrfache Wiederholung empfohlen. Dennoch wird bei dieser Art von Manualtherapie die A. vertebralis geschont.

Bei Therapie nach Arlen werden die aufgewendeten Kräfte als sehr kurzer Impuls (<2 ms) mit zwischen 20 und 50 N [10], aber auch mit Kräften, die darüber liegen [1, 6], auf den Querfortsatz des Atlas aufgebracht. Auch wenn die Vorstellung vom Effekt dieser Technik darin besteht, die gewünschte Stellungsänderung im oberen Kopfgelenk sei ausschließlich Folge der durch den Impuls indirekt erzielten Tonusabsenkung der Muskulatur, werden doch Komplikationen unter Beteiligung der A. vertebralis beschrieben. Es gibt also sehr wohl berechtigte Einwendungen gegen einzelne Techniken der Manualtherapie. Die manualmedizinische Behandlung nach Arlen erstreckt sich auch auf die von Säuglingen. Nach den bisher bekannt gewordenen Komplikationen besteht dafür eine Kontraindikation.

Wendet man sich unter dem Aspekt der perivasalen Unterblutung der A. vertebralis zu, sind die von Lang [25, 26] beschriebenen topografischen Darstellungen besonders informativ. Danach gibt die A. vertebralis in der gesamten Pars transversia Äste zu benachbarten Strukturen ab, die mit Ästen anderer Arterien anastomosieren. Das bedingt leichte Inhomogenitäten in der Verbindung mit dem perivasalen Bindegewebe.

Die Dehnbarkeitsgrenze der A. vertebralis ist als Maß der Verletzungsgefährdung anzusehen.

Dafür liegen Berechnungen von Stevens vor [37, 38]. Eingesetzt wird das prozentuale Verhältnis zwischen Überschreitung der Dehnbarkeitsgrenze und der Originallänge. In Analogie zu den gemessenen Werten an der A. carotis communis nimmt Stevens auch für die A. vertebralis einen Wert von 87% an. Für die Rotation (unteres Kopfgelenk) errechnet er eine relative Verlängerung der A.-vertebralis-Bahn um jeweils 1° mit ±4%, oberhalb von 25° mit ±10%. Am stärksten wird die A. vertebralis durch eine Kombination von Rotation und Translation gedehnt. Diese Konstellation dürfte bei der krankengymnastischen Behandlung bei Kind[1] vorgelegen haben.

Maß der Translation ist die Größe der Ablenkung des senkrechten Abstands einer Verbindungslinie durch die Foramina transversaria von Atlas und Axis in der Sagittalebene. Bei ausschließlicher Verschiebung, also Translation, werde die Dehnbarkeitsgrenze der A. vertebralis nicht erreicht. Allerdings können Translation und Rotation nicht zeitgleich, wohl aber additiv erfolgen. Bei der Translation bewegen sich alle Punkte eines Köpers in dieselbe Richtung [40]; bei der Rotation erfolgt die Bewegung um einen Drehpunkt.

Geläufig ist unter Rotation in Inklination, dem sog. Verriegeln, ein Probezug, mobilisierender Probezug [9, 36] in oder gegen die gesperrte Richtung. Diese Technik wird als vorsichtiges Prüfen von Sensation durch Minderung des „flow" in der kontralateralen A. vertebralis verstanden. Das vorsichtige Herantasten wird auch als Provokationstest angesehen, also als kontrollierte Irritation der A. vertebralis und sicher auch noch weiterer Strukturen. Es dürfte schwerfallen, diese Summation von Reizen von Vorprobe und Manipulation in erwünscht und nichterwünscht auflösen zu wollen. Deshalb ist der Hinweis, bei Kindern eine besonders große Vorsicht walten zu lassen, unmittelbar einsichtig [36]. Letztlich kann Vorprüfen nur bedeuten, dass bei der eigentlichen Behandlung eine Gefährdung der A. vertebralis zu befürchten ist. Entsprechend muss die Indikation für den Einsatz einer solchen Technik sehr kritisch überprüft werden.

In Hinblick auf Kind[1] kann gesagt werden, dass es grundsätzlich nicht vorher-

sehbar ist, ob der Sagittaldurchmesser bei Dorsalflexion zu- oder abnimmt. Die Extremwerte, gemessen in Höhe C2, reichen von +35% des Werts bei Neutralhaltung bis −45% [20]. Einschränkend muss gesagt werden, dass es sich dabei um postmortale myelographische Untersuchungen unter genormter Dorsalflexion gehandelt hat, die also nur eine potenzielle Möglichkeit bei einem Säugling beschreiben.

Bei Extrembewegungen, in deren Folge die beiden Kinder bei der Behandlung nach Vojta gestorben sind, ist die Kinematik der Gelenke grob gestört. Um die Kinematik von Gelenken zu normalisieren, können nicht Kräfte eingesetzt werden, die Extrembewegungen nach sich ziehen. Eine solche Forderung gilt selbstverständlich sowohl an die Krankengymnastik als auch an die Manualtherapie.

Extrembewegungen können weder bei der Behandlung Erwachsener noch bei der von Kindern in Kauf genommen werden.

Die Feststellung, dass es bei der Krankengymnastik schonende Behandlungstechniken gibt, ist trivial, soll aber im Hinblick auf den Tod der beiden Kinder ausdrücklich erwähnt werden. Für die Manualtherapie, die etwas geheimnisumwoben ist, gilt das in gleicher Weise. Allerdings steht hier wiederum die Gefährdung der A. vertebralis nach dem Gesagten im Vordergrund der Betrachtungen.

Bei der Diskussion über die Verletzungsmöglichkeiten der A. vertebralis verweisen Jakobi et al. [16] auch auf die Impulstherapie [16]. Deshalb soll auch auf diese Technik ärztlich angewendeter Manualtherapie näher eingegangen werden. Das gilt umso mehr, als die Impulstherapie nicht nur beim Erwachsenen, sondern auch häufig beim Säugling und Kleinkind eingesetzt wird. Umfangreiche Untersuchungen widmen sich der Indikationsstellung für die Impulstherapie beim Säugling. Diese Diskussion ist noch im Fluss und soll, auch weil zwei der Autoren des vorliegenden Beitrags (Biedermann und Koch) als Manualtherapeuten zu den Schrittmachern dieser Therapie zählen, hier nicht vertieft werden.

Es wird noch einmal betont, dass im Folgenden ausschließlich der Frage nachgegangen werden soll, ob durch die Impulstherapie eine Gefährdung der A. vertebralis zu befürchten ist oder nicht. Mögliche andere Gefährdungen des Kindes sollen dabei nicht ausgeklammert werden. Ein Kritikpunkt an der Impulstherapie beim Säugling ist, dass trotz abgeschlossener manualmedizinischer Untersuchung vor jeder Behandlung die HWS noch geröntgt wird, und zwar in der von Gutmann vorgeschlagenen Aufnahmetechnik [12]. Diese Kritik ist ernst zu nehmen. Für eine radiologische Diagnostik muss eine Indikation bestehen.

Diese wird von den Manualtherapeuten, die die Impulstherapie einsetzen, in dem Erfordernis gesehen, etwaige Kontraindikationen radiologisch ausschließen zu wollen, wozu Skelettvarianten und auch Fehlbildungen zählen. Fehlbildungen der A. vertebralis werden auf diesem Wege nicht aufgedeckt. Es steht außer Frage, dass bei pathologischen Befunden eine Weiterleitung der kleinen Patienten an die Neuropädiatrie/Neuroradiologie zu erfolgen hat. Wegen des geringen Krafteinsatzes wäre in Eintrittsvarianten oder Kaliberdifferenzen der A. vertebralis keine Kontraindikation für die Impulstherapie zu sehen. Von den Manualtherapeuten wird die Röntgendiagnostik aber auch deshalb als unabdingbar angesehen, weil der therapeutische Impuls gegen die Richtung der Asymmetrie gezielt einzusetzen ist, was nur radiologisch erkennbar ist [2, 3]. Bei diesem „Impuls“ handelt es sich um einen kurzen Stoß gegen die obere HWS in einer Größenordnung von <50 N, also mit geringer Kraft [18].

Zur Vorbereitung der Behandlung liegt das Kind entspannt in Rückenlage; der Kopf ist in Neutralhaltung. Der Kopf wird mit beiden Händen seitlich gehalten. Aus dieser Position wird mit dem Zeigefinger der Impuls gegeben. Vor der Behandlung werden die Kinder für die obligate Polygraphie verkabelt. Deshalb lassen sich auch stärkere vegetative Reaktionen erkennen (Tachykardie, Bradykardie). Bei solchen Reaktionen und bei Unruhe des Kindes wird die Impulstherapie nicht durchgeführt. Die Polygraphie wird etwa eine halbe Minute nach Setzen des Impulses beendet. Durch den Impuls wird der Kopf nicht beschleunigt, kann es also nicht zu einem Beschleunigungstrauma mit Gefährdung der A. vertebralis kommen. Der Impuls ist nicht so kurz und energiereich, dass sich ein Vergleich mit den für ein Schütteltrauma aufzuwendenden Kräften anböte. Die Polygraphie ist allerdings nicht obligat bei sämtlichen Therapeuten, sollte es aber werden.

Es wird noch einmal verdeutlicht, dass in der Diskussion über die Todesursache von Kind[1] infolge der Vojta-Therapie auch die Impulstherapie bei Säuglingen und Kleinkindern als invasive Technik eingestuft wird [16], und zwar im Hinblick auf die Gefährdung der A. vertebralis. Dieser Übermaßthese steht die gegenteilige Sicht gegenüber, dass nämlich wegen des niedrigen Impulses die als Therapieerfolg aufgefassten Ergebnisse der Behandlung letztlich auf einem Placeboeffekt beruhen, also die Wirksamkeit fehle. Polygraphisch erhobene Daten geben darauf eine Antwort [17, 19]. Bei einer prospektiven polygraphischen Untersuchung an 199 Säuglingen wies die Hälfte der Kinder (52,8%) vegetative Reaktionen auf. Diese Reaktionen waren flüchtig. Am häufigsten kam es zum „flash“, gefolgt von Apnoen, Hypertension und Schweißausbruch. Immerhin trat in fast einem Viertel aller Fälle eine Apnoe auf, allerdings von weniger als 10-s-Dauer, sicher auch, weil sofort interveniert worden ist. In einer Folgeuntersuchung an 695 Säuglingen ergab die EKG-Auswertung neben den beschriebenen vegetativen Reaktionen in 40% nach 2–14 s eine Bradykardie, die zumeist 3–10 s, selten bis 25 s angehalten hat. Bei jüngeren Säuglingen (1–3. Monat) war sie ausgeprägter als bei älteren (3–12. Monat).

Diese Ergebnisse zeigen, dass in über der Hälfte der Fälle eine messbare vegetative Reaktion nach dem gesetzten Impuls aufgetreten ist. Die Therapie ist also nicht wirkungslos. Die Wirkung kann aber nicht aus einer Schädigung der A. vertebralis abgeleitet werden, auch nicht aus einem Spasmus des Gefäßes etwa infolge einer perivasalen Blutung. Dazu waren die vegetativen Reaktionen allein schon viel zu flüchtig.

Fazit

- **Jede Technik von Krankengymnastik, aber auch von ärztlich durchgeführter Manualtherapie ist auf eine potenzielle Gefährdung der A. vertebralis hin zu überprüfen.**
- **Eine große Zahl erfolgreich durchgeführter Behandlungen berechtigt nicht, Komplikationen zu negieren.**
- **Sowohl bei der Krankengymnastik als auch bei der Manualtherapie gibt es schonende Techniken, deren Wirkung auch nachgewiesen ist.**

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Dr. jur. h.c. K.-S. Saternus
Institut für Rechtsmedizin Kassel
Germaniastr. 7, 34119 Kassel
ksatern@gwdg.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Arlen A (1990) Metameric medicine and atlas therapy. In: Burns P (Hrsg) Back pain. Kluver, Dordrecht, S 212–226
2. Biedermann H (1991) Kopfgelenkinduzierte Symmetriestörungen bei Kleinkindern. Kinderarzt 22:1475–1482
3. Biedermann H (1992) Die manuelle Therapie des frühkindlichen Schiefhalses. Orthop Prax 6:380–385
4. Brinkmann B, Koops E, Wischhusen F, Kleiber M (1981) Halskompression und arterielle Obstruktion. Z Rechtsmed 87:59–73
5. Busch H, Bohl J, Mattern R, Meyermann R (1990) Diseases of the vertebral arteries. Neurosurg Rev 13:53–63
6. Coenen W (1992) Die Behandlung der sensomotorischen Dyskybernese bei Säuglingen und Kindern durch Atlastherapie nach Arlen. Orthop Prax 28:386–392
7. Dalgaard JB (1991) Medico-legal aspects of manipulatory treatment in Denmark. J Man Med 6:114–116
8. Dvořák J, Orelli F von (1982) Wie häufig sind Komplikationen nach Manipulation der Halswirbelsäule? Schweiz Rundsch Med Praxis 71:64–69
9. Dvořák J, Dvořák V, Schneider W et al (1997) Manuelle Medizin, 3. Aufl. Thieme, Stuttgart, S 6–7
10. Ernst A, Meyer-Holz J, Weller E (1998) Manuelle Medizin an der Halswirbelsäule. Chirodiagnostik und -therapie. Thieme, Stuttgart New York
11. Ernst E (2007) Adverse effects of spinal manipulation: a systematic review. J R Soc Med 100:330–338
12. Gutmann G (1984) Funktionelle Pathologie und Klinik der Wirbelsäule. Die Halswirbelsäule, Bd 1, Teil 1. Fischer, Stuttgart
13. Gutmann G (1985) Gefährdung der A. vertebralis durch manuelle Therapie. In: Gutmann G (Hrsg) Arteria vertebralis. Traumatologie und funktionelle Pathologie. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 161–185
14. Hebold K, Saternus KS, Schleicher A (1986) Morphometrische Untersuchungen der A. vertebralis bei Säuglingen und Kleinkindern. Z Rechtsmed 97:41–48
15. Holla M, Ijland MM, Vliet AM van der et al (2009) Diseased infant after „craniosacral" manipulation of the neck and spine. Ned Tijdschr Geneeskd 153:A290
16. Jakobi G, Riepert T, Kieslich M, Bohl J (2001) Über einen Todesfall während der Physiotherapie nach Vojta bei einem 3 Monate alten Säugling. Klin Padiatr 213:76–85
17. Koch LE, Biedermann H, Saternus KS (1998) High cervical stress and apnoea. Forensic Sci Int 97:1–9
18. Koch LE, Girnus U (1998) Kraftmessung bei der Anwendung der Impulstechnik in der Chirotherapie. Man Med 36:21–26
19. Koch LE, Koch H, Graumann-Brunt S et al (2002) Heart rate in response to mild mechanical irritation of the high cervical spinal cord region in infants. Forensic Sci Int 128:168–176
20. Koebke J, Saternus KS (1986) Inclination of the odontoid process in children and adults – an anatomical and functional investigation. Adv Neurosurg 14:165–169
21. Krauland W (1982) Verletzungen der intracraniellen Schlagadern. Springer, Berlin Heidelberg New York
22. Krauland W, Kugler B (1985) Verletzungen der A. vertebralis: eine histologische Studie. In: Gutmann G (Hrsg) Arteria vertebralis. Traumatologie und funktionelle Pathologie. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 73–89
23. Krauland W, Bratzke H (1983) Zum Problem der supravitalen Reaktion dargestellt an den Hirngrundschlagadern. Beitr Gerichtl Med 41:263–270
24. Krieger D, Leibold M, Brückmann H (1990) Dissektion der Arteria vertebralis nach zervikalen chiropraktischen Manipulationen. Dtsch Med Wochenschr 115:580–583
25. Lang J (1985) Zur Anatomie und Topographie der A. vertebralis. In: Gutmann G (Hrsg) Arteria vertebralis. Traumatologie und funktionelle Pathologie. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 30–46
26. Lang J (1991) Klinische Anatomie der Halswirbelsäule. Thieme, Stuttgart
27. Meyermann R (1985) Möglichkeiten einer Schädigung der A. vertebralis. In: Gutmann G (Hrsg) Arteria vertebralis. Traumatologie und funktionelle Pathologie. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 135–152
28. Oehmichen M (1990) Neuropathologie der forensisch relevanten Formen des Erstickens. In: Brinkmann B, Püschel K (Hrsg) Ersticken. Fortschritte in der Beweisführung. Festschrift für Werner Jansen. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 151–157
29. Oehmichen M, Auer RN, König HG (2006) Forensic neuropathology and associated neurology. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio
30. Oehmichen M, Meissner C, Saternus KS (2005) Fall or shaken: traumatic brain injury in children caused by falls or abuse at home – A review on biomechanics and diagnosis. Neuropediatrics 36:240–245
31. Pedal I (2002) Todesfälle bei der Festnahme exzitierter Personen: Zum Stand der Diskussion. Res Legal Med 28:25–35
32. Saternus KS (1984) Injury of the vertebral artery in suicidal hanging. Forensic Sci Int 25:265–275
33. Saternus KS, Burtscheidt FG (1985) Zur Topographie der Verletzungen der A. vertebralis. In: Gutmann G (Hrsg) Arteria vertebralis. Traumatologie und funktionelle Pathologie. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 61–72
34. Saternus KS, Koebke J, Tamaska LV (1986) Neck extension as a cause of SIDS. Forensic Sci Int 31:167–174
35. Schmitt HP (1978) Manuelle Therapie der Halswirbelsäule. Die manuelle Therapie der Halswirbelsäule und ihre Gefahren. Rupturen und Verschlüsse der A. vertebralis. Z Allg Med 54:467–474
36. Schöps P (2009) Physikalische und manuelle Therapie. In: Diener HC, Maier C (Hrsg) Die Schmerztherapie – Interdisziplinäre Diagnose- und Behandlungsstrategien, 3. Aufl. Urban & Fischer, S 439–464
37. Stevens A (1985) Die Dehnbarkeit der A. vertebralis. In: Gutmann G (Hrsg) Arteria vertebralis. Traumatologie und funktionelle Pathologie. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 47–60
38. Stevens A (1985) Zur Doppler-Sonographie der A. vertebralis bei Rotation des Kopfes. In: Gutmann G (Hrsg) Arteria vertebralis. Traumatologie und funktionelle Pathologie. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 90–99
39. Sturzenegger M (1993) Dissektion der Arteria vertebralis nach Manipulation der Halswirbelsäule. Schweiz Med Wochenschr 123:1389–1399
40. Tillmann B (2003) Gelenkmechanik. In: Tillmann B, Töndury G, Zilles K (Hrsg) Anatomie des Menschen. Lehrbuch und Atlas (Rauber/Kopsch), 3. Aufl. Thieme, Stuttgart, S 111–121
41. Tilscher H (1983) Indikationen und Erfolgsaussicht der Manualtherapie bei pseudoradikulären Syndromen im Bereich der Halswirbelsäule. In: Hohmann D, Kügelgen B, Liebig K, Schirmer M (Hrsg) Neuroorthopädie 1, Halswirbelsäulenerkrankung mit Beteiligung des Nervensystems. Springer, Berlin Heidelberg New York, S 187–192
42. Unterharnscheidt F (2004) Indirekte Verletzungen („whiplash"). In: Brinkmann B, Madea B (Hrsg) Handbuch der gerichtlichen Medizin, Bd 1, Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 459–472
43. Vojta V (1988) Die zerebralen Bewegungsstörungen im Säuglingsalter. Frühdiagnose und Frühtherapie, 5. Aufl. Enke, Stuttgart
44. Vojta V, Peters A (2007) Das Vojta-Prinzip. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio
45. White ML, El-Khoury GY (2006) Neurovascular injury. In: Cassar-Pullicino, Imhof H (Hrsg) Spinal trauma – an imaging approach. Thieme, Stuttgart, S 100–112

12. Hall DM, Xu L, Drake VJ et al (2000) Aging reduces adaptive capacity and stress protein expression in the liver after heat stress. J Appl Physiol 89:749–759
13. Harper RM, Kinney HC, Fleming PJ, Thach BT (2000) Sleep influences on homeostatic functions: implications for sudden infant death syndrome. Respir Physiol 119:123–132
14. Henle KJ, Leeper DB (1982) Modification of the heat response and thermotolerance by cycloheximide, hydroxyurea and lucanthone in CHO cells. Radiat Res 90:339–347
15. Hunt CE, Brouillette RT (1987) Sudden infant death syndrome: 1987 perspective. J Pediatr 110:669–678
16. Hunt CE, Hauck FR (2006) Sudden infant death syndrome. CMAJ 174:1861–1869
17. Issels RD, Hegewisch-Becker S (2006) Chemotherapie in Kombination mit Hyperthermie. In: Schmoll HJ, Höffken K, Possinger K (Hrsg) Kompendium Internistische Onkologie. Standards in Diagnostik und Therapie, 4. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 1091–1108
18. Kahraman L, Thach BT (2004) Inhibitory effects of hyperthermia on mechanisms involved in autoresuscitation from hypoxic apnea in mice: a model for thermal stress causing SIDS. J Appl Physiol 97:669–674
19. Katschinski DM (2004) On heat and cells and proteins. News Physiol Sci 19:11–15
20. Kemp JS, Tach BT (1993) A sleep position dependent mechanism for infant death on sheepskins. Arch Pediatr Adolesc Med 147:642–646
21. Kleemann WJ, Schlaud M, Poets CF et al (1996) Hyperthermia in sudden infant death. Int J Legal Med 109:139–142
22. Madden LA, Sandström MA, Lovell RJ, McNaughton L (2008) Inducible heat shock protein 70 and its role in preconditioning and exercise. Amino Acids 34:511–516
23. Marshall S, Rothschild MA, Bohnert M (2006) Expression of heat-shock protein 89 (Hsp70) in the respiratory tract and lungs of fire victims. Int J Legal Med 120:355–359
24. Morimoto R, Tissieres A, Georgopoulos (1994) Heat shock proteins: structure, function and regulation. Cold Spring Harbor, New York, S 335
25. Nelson EAS, Taylor BJ, Weatherall IL (1989) Sleeping position and infant bedding may predispose to hyperthermia and the sudden infant death syndrome. Lancet 1:199–202
26. North RG, Petersen SA, Wailoo MP (1995) Lower body temperature in sleeping supine infants. Arch Dis Child 72:340–342
27. Petersen S, Anderson ES, Lodemore M et al (1991) Sleeping position and rectal temperature. Arch Dis Child 66:976–979
28. Pfeifer K (1980) Bedeutung der Rektaltemperaturmessung und der Umgebungstemperaturen beim plötzlichen Kindstod. Dtsch Med Wochenschr 105:1066
29. Pfeifer K, Pfeifer I, Adamczyk G, Adamczyk B (1977) Probleme des plötzlichen und unerwarteten Kindstodes aus der Sicht des Pathologen und Mikrobiologen. Dtsch Gesundheitswes 32:317–332
30. Poets LF, Meny RG, Chobanian MR, Bouofiglo RE (1999) Gasping and other respiratory patterns during sudden infant deaths. Pediatr Res 45:350–355
31. Ponsonby AL, Dwyer T, Gibbons LE et al (1992) Thermal environment and sudden infant death syndrome: case-control study. BMJ 304:277–283
32. Ponsonby AL, Dwyer T, Gibbons LE et al (1993) Factors potentiating the risk of sudden infant death syndrome associated with the prone position. N Engl J Med 329:377–382
33. Preuss J, Dettmeyer R, Poster S et al (2008) The expression of heat shock protein 70 in kidneys in cases of death due to hyperthermia. Forensic Sci Int 176:248–252
34. Rahim RA, Boyd PA, Ainslie Patrick WJ, Burdon RH (1996) Human heat shock protein gene polymorphisms and sudden infant death syndrome. Arch Dis Child 75:451–452
35. Ritossa F (1962) A new puffing pattern induced by temperature shock and DNA in Drosophila. Experientia 18:571–573
36. Ryan AJ, Gisolfi CV, Moseley (1991) Synthesis of 70 K stress protein by human leukocytes: effect of exercise in the heat. J Appl Physiol 70:466–471
37. Sederevich C, Fewell JE (1999) Influence of core temperature on the time to last gasp and autoresuscitation from primary apnea during exposure to hypoxia in normal rat pups. J Appl Physiol 87:1346–1353
38. Sperhake JP (2008) Prävention des plötzlichen Säuglingstods (SIDS) in Hamburg 1995–2006. Eine populationsbasierte Beobachtungspraxenstudie. Habilitationsschrift, Universität Hamburg
39. Tausch D, Möller M (1973) Tierexperimentelle Untersuchungen über Sauerstoffmangelzustände im Hinblick auf den „plötzlichen Kindstod". Beitr Gerichtl Med 31:130–134
40. Vennemann MM, Bajanowski T, Brinkmann B et al; GeSID Study Group (2009) Sleep environment risk factors for sudden infant death syndrome: the German Sudden Infant Death Syndrome Study. Pediatrics 123:1162–1170

Erratum

Rechtsmedizin 2011 · 21:526
DOI 10.1007/s00194-011-0795-4
© Springer-Verlag 2011

K.-S. Saternus
Institut für Rechtsmedizin, Kassel

Erratum zu: Traumatologie der A. vertebralis beim Säugling

Gefahren durch Krankengymnastik nach Vojta und durch Manualtherapie?

Rechtsmedizin 21:265–271
http://dx.doi.org/10.1007/s00194-011-0758-9

In der oben angegebenen Publikation wurde irrtümlich – auf den Seiten 265–268 jeweils und S. 270 – von zwei dem medizinischen Schrifttum entnommenen Säuglingstodesfällen nach Vojta-Therapie ausgegangen (Saternus). Dabei wurde übersehen, dass dem zweiten, von Holla et al. aus den Niederlanden berichteten Todesfall keine krankengymnastische Behandlung nach Vojta vorausgegangen war. Die Angabe zur Behandlung in Tab. 1 zum zweiten Todesfall, die Aussage in der Zusammenfassung „… Ausgehend von den Befunden zweier im Schrifttum mitgeteilter Todesfälle von Säuglingen nach durchgeführter Vojta-Physiotherapie …" (S. 267) sowie die Feststellungen, beide Säuglinge seien aus der Sicht der Autoren an den unerwarteten Folgen der Krankengymnastik in Form der Vojta-Methode gestorben (S. 268) sowie „… Bei Extrembewegungen, in deren Folge die beiden Kinder bei der Behandlung nach Vojta gestorben sind, …" (S. 270), sind daher unzutreffend. Wir bedauern dieses Versehen.

K.-S. Saternus

Korrespondenzadresse
Prof. Dr. med. Dr. jur. h.c. K.-S. Saternus
Institut für Rechtsmedizin
Germaniastr. 7, 34119 Kassel
ksatern@gwdg.de

Anlage 5

Verstorbener Säugling nach "craniosacraler" Manipulation von Hals und Wirbelsäule

Micha Holla, Marloes M. IJland, A.M. (Ton) van der Vliet, Michael Edwards, Carin W.M. Blätter

ZUSAMMENFASSUNG

Ein zuvor gesundes, 3 Monate altes Mädchen starb nach Manipulationen an Hals und Wirbelsäule durch einen sogenannten "Craniosacral-Therapeuten". Bei anhaltender tiefer Beugung von Nacken und Rücken entwickelte der Patient Inkontinenz zum Stuhlgang, Atonie und Atemstillstand mit anschließender Asystolie. Basierend auf den Befunden der körperlichen Untersuchung, der zusätzlichen MRT-Untersuchung und der Nekropsie war der Tod wahrscheinlich auf ein lokales neurovaskuläres oder mechanisch respiratorisch induziertes Problem zurückzuführen. Dies ist der zweite Bericht über den Tod eines Säuglings nach erzwungenen Manipulationen am Hals. Solange es keine wissenschaftlichen Beweise für die Wirksamkeit und Sicherheit von erzwungenen Manipulationen der Wirbelsäule gibt, empfehlen wir diese Behandlung bei Neugeborenen und Säuglingen nicht.

Einleitung

Manipulationen an Hals und Wirbelsäule werden weltweit als Therapie für die unterschiedlichsten Beschwerden eingesetzt. Obwohl die Nützlichkeit nie abschließend bewiesen wurde,(1) wird diese Technik auch bei Säuglingen eingesetzt, um übermäßiges Weinen, motorische Unruhe und eine asymmetrische Vorzugshaltung des Kopfes zu bekämpfen.

In diesem Artikel beschreiben wir den Tod eines Säuglings nach erzwungenen Manipulationen an Hals und Wirbelsäule. Wir verwendeten die Heteroanamnese der Eltern, die bei diesem Eingriff anwesend waren.

Krankheitsgeschichte

Patientin A war ein 3 Monate altes, gesundes Mädchen. Aufgrund leichter motorischer Unruhe ihres Kindes kamen die Eltern mit einem sogenannten "Craniosacral-Therapeuten" in Kontakt. Dies begann nach einem kurzen Einführungsgespräch mit der Craniosacral-Therapie.

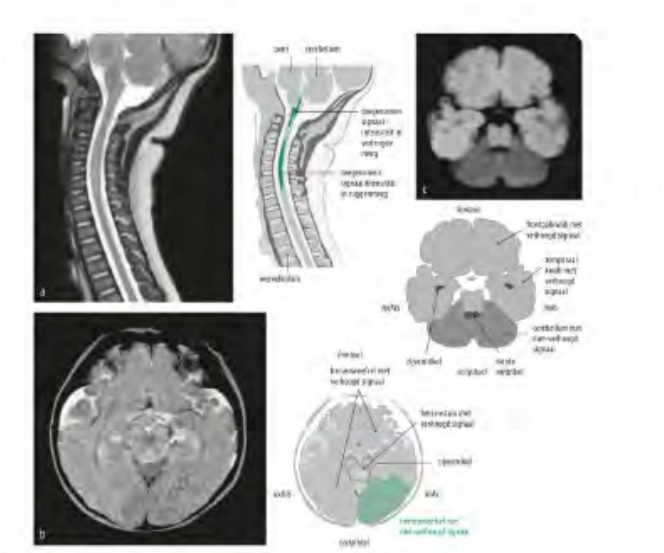
Der Therapeut legte das Mädchen mit dem Rücken auf eine Wickelunterlage, woraufhin der Therapeut den Hals und den Schädel abtastete. Die Patientin weinte heftig. Sie wurde dann auf die rechte Seite gedreht und die gesamte Wirbelsäule war tief gekrümmt, wie in Abbildung 1 zu sehen ist. Das Kinn berührte die Brust.



Nachdem die Wirbelsäule mehrere Minuten lang auf diese Weise tief gebeugt war, verlor das Kind den Stuhl und es entstanden mehrere laute, hörbare Atemzüge. Dies wurde vom Therapeuten als Tiefschlaf interpretiert, der in der Behandlung üblich wäre. Nach ca. 10 Minuten lag das Mädchen auf dem Rücken, auffällige blaue Verfärbung der Lippen. Sie war jetzt schlaff und reagierte nicht mehr auf Berührungen. Der Vater begann mit Herzmassage und Mund-zu-Mund-Beatmung. Alarmierte Sanitäter sahen bei ihrer Ankunft einen leblosen Säugling mit Asystolie. Eine Stunde nach Beginn der Herz-Lungen-Wiederbelebung hatte die Patientin wieder einen eigenen Herzrhythmus mit spürbaren Pulsationen.

Bei der Ankunft im Krankenhaus wurde ein intubierter, beatmeter Säugling mit einer Körpertemperatur von 32°C, einer Herzfrequenz von 120 Schlägen/min und einem Blutdruck von 60/30 mmHg gesehen. Bei der körperlichen Untersuchung von Herz, Lunge, Bauch und Extremitäten wurden keine Einzelheiten festgestellt. Ohne Sedierung betrug der Glasgowcoma-Score E 1 M1VTube. Es bestand eine allgemeine Hypotonie mit fehlenden Sehnenreflexen, Hornhautreflexen, okulocephalalem Reflex und Hustenreflex.

Bei der konventionellen radiologischen Untersuchung des gesamten Rumpfes und aller Extremitäten wurden keine Auffälligkeiten festgestellt. Eine CT-Untersuchung des Gehirns, des Halses und der Wirbelsäule zeigte keine Geburtsfehler, kürzliche Blutungen, Frakturen oder Verrenkungen. Die MRT-MRA-Untersuchung von Kopf, Hals und Wirbelsäule zeigte Anomalien im Punch und Mesencephalon, die mit einer Ischämie im vertebrobasilären Becken übereinstimmten. Vor allem im zervikalen Teil des Rückenmarks und im verlängerten Knochenmark zeigten sich Signalanomalien (Abbildung 2).



Differentiell könnten die radiologischen Aufnahmen des zervikalen Rückenmarks zu einem direkten Trauma oder zu einer allgemeinen Asphyxie passen. Das Großhirn war ödematös, mit nicht abnormen Basalkernen, was auf Hypoxie hindeutete. Es wurden keine Hinweise auf eine Dissektion der Halsgefäße, angeborene Anomalien, Frakturen, Bänderverletzungen oder Blutungen gefunden.

Laboruntersuchungen zeigten eine metabolische Azidose mit einem pH-Wert von 6,62 und einer erhöhten Laktatkonzentration von 20 mmol/l (Referenzwerte: 0,5-1,7) sowie abnorme Nieren- und Leberfunktionsergebnisse. Bei der mikrobiologischen Untersuchung ergab sich kein Hinweis auf eine bakterielle oder virale Infektion. Das EKG zeigte keine Auffälligkeiten; insbesondere wurde die QT-Zeit nicht verlängert. Die Ultraschalluntersuchung zeigte nicht abnorme anatomische Merkmale des Herzens und eine gute linksventrikuläre Funktion. In der Fundoskopie waren beidseits scharf abgegrenzte Papillen zu sehen, ohne dass es zu Blutungen in der Netzhaut kam.

Auf der pädiatrischen Intensivstation entwickelten sich beim Säugling weitere Anzeichen eines progredienten Multiorganversagens, und die spontane Atemaktivität, die Hirnstammreflexe und die Sehnenreflexe blieben 12 Stunden nach der Manipulation aus. Nach multidisziplinärer Beratung haben wir uns entschieden, die Behandlung abzubrechen. Das Mädchen starb innerhalb weniger Minuten.

Während der Nekropsie durch das niederländische forensische Institut wurden kürzlich Infarkte in Milz und Herz festgestellt, die mit Sauerstoffmangel und Multiorganversagen übereinstimmten. Das Gehirn zeigte das Bild einer hypoxischen Enzephalopathie. Darüber hinaus waren auf einigen Ebenen des Rückenmarks subtile axonale Anomalien sichtbar, die durch Hypoxie oder Dehnung des Rückenmarks entstanden sein könnten.

Es wurden keine Hinweise auf angeborene Fehlbildungen, Organanomalien oder Infektionen gefunden.

Betrachtung

Folgende Ursachen könnten beim Tod dieses Patienten eine Rolle gespielt haben.

Neurologische Ursachen

Bei Manipulationen des Halses kann das Rückenmark von der Wirbelsäule eingeklemmt werden. Da das Skelett von Säuglingen überwiegend gedrungen ist, kann es ohne radiologisch sichtbare Anomalien der Wirbelsäule auftreten. (2) Eine vorübergehende Stimulation oder Klemmung des Myelums kann zu einer neurogenen Bradykardie mit Apnoe führen. Zuvor hatten 53 % der Säuglinge vegetative Reaktionen, einschließlich Apnoe und Rötung des Gesichts. (3) In einer anderen Studie wurde bei 40 % der Säuglinge nach einer Halsmanipulation eine Verringerung der Herzfrequenz beobachtet. Kinder unter 3 Monaten entwickelten schwerere Bradykardie; 12% der Kinder entwickelten Apnoe. (4)

Vaskuläre Ursachen

Manipulationen am Hals können indirekt zu neurogenen Schäden durch Klemmung oder Verletzung der A. vertebralis führen. (5) Eine Ischämie des Myelums kann Symptome einer schweren Rückenmarksverletzung verursachen. (6)

Atemwegserkrankungen

Eine erzwungene Beugung des Halses kann zu einer Obstruktion der oberen Atemwege führen. Säuglinge sind aufgrund der relativ großen Zunge, der engeren Atemwege, des schlafferen Knorpels und der vorderen Position des Kehlkopfes anfälliger für Atemwegsobstruktion als Erwachsene. (7) Auch die Atmung des Brustkorbs kann durch die gebeugte Haltung erschwert werden.

Andere Ursachen

Aufgrund weiterer Untersuchungen wurden in unserem Fall keine Hinweise auf Infektionen, Geburtsfehler, Herz- oder Magen-Darm-Anomalien gefunden. Angesichts des Zusammenhangs

zwischen der Manipulation der Wirbelsäule und dem Auftreten von Symptomen schien ein kausaler Zusammenhang plausibel.

Schlussfolgerung

Zusätzlich zu den bekannten Risiken der Manipulation der Wirbelsäule bei Erwachsenen (8) wurden bereits 2005 die Risiken der Manipulation der Wirbelsäule bei Säuglingen hervorgehoben. (1) Bisher wurde bereits 1 Mal beschrieben, dass ein Säugling nach Manipulationen an Hals und Wirbelsäule starb. (9) Dabei wurde der Kopf des Säuglings gewaltsam gedreht. Unser Fall zeigt jedoch, dass es auch bei einer erzwungenen tiefen Beugung des Halses zu tödlichen Komplikationen kommen kann.

Solange es keine wissenschaftlichen Beweise für die Wirksamkeit und Sicherheit von erzwungenen Manipulationen der Wirbelsäule gibt, empfehlen wir diese Behandlung bei Säuglingen nicht.

Die Ereignisse dieser Krankengeschichte veranlassten die Staatsanwaltschaft zu Ermittlungen.

Lehren

Es gibt keine wissenschaftlichen Beweise für die Wirksamkeit und Sicherheit von erzwungenen Manipulationen der Wirbelsäule bei Kindern.

Eine erzwungene Manipulation der Wirbelsäule bei einem Säugling kann zu schwerwiegenden Komplikationen führen.

LITERATUR

1. Brand PLP, Engelbert RHH, Helders PJM, Offringa M. Systematische Literaturrecherche zu den Effekten der Behandlung bei Säuglingen mit 'Kopfgelenkseinfluss bei Symmetriestörungen' ('KISS-Syndrom'). Ned Tijdschr Geneeskd. 2005;149:703-7.
2. Pang D, Wilberger J.E. Jr. Rückenmarksverletzung ohne Röntgenauffälligkeiten bei Kindern. J Neurosurg. 1982;57:114-29.
3. Koch LE, Biedermann H, Saternus KS. Hohe zervikale Belastung und Apnoe. Forensic Sci Int. 1998;97:1-9.
4. Koch LE, Koch H, Graumann-Brunnt S, Stolle D, Ramirez JM, Saternus KS. Die Herzfrequenz ändert sich als Reaktion auf eine leichte mechanische Reizung des oberen zervikalen Rückenmarksbereichs. Forensic Sci Int. 2002;128:168-76.
5. Kuitwaard K, Flach HZ, van Kooten F. Doppelseitige Dissektion von A. vertebralis während der chiropraktischen Behandlung. Ned Tijdschr Geneeskd. 2008;152:2464-9.
6. Marke MC. Teil 1: Erkennen einer Rückenmarksverletzung bei Neugeborenen. Adv Neugeborenenpflege. 2006;6:15-24.
7. Turner NM, von Vught AJ. Fortschrittliche pädiatrische Lebenserhaltung. 2. Dr. Maarssen: Elsevier Healthcare; 2006.
8. Ernst E. Unerwünschte Wirkungen der Manipulation der Wirbelsäule: eine systematische Übersichtsarbeit. J R Soc Med. 2007;100:330-8.
9. Jacobi G, Riepert Th, Kieslich M, Bohl J. Über einen Todesfall während der Physiotherapie nach Vojta bei einem drei Monate alten Säugling. Klin Padiatr. 2001;213:76-8.

Über einen Todesfall während der Physiotherapie nach Vojta bei einem 3 Monate alten Säugling

Fallbeschreibung und Bemerkungen zur Manualtherapie bei Kindern

G. Jacobi[1], T. Riepert[2], M. Kieslich[1], J. Bohl[3]

[1] Klinik für Kinderheilkunde I, Pädiatrische Neurologie, Zentrum der Kinderheilkunde und Jugendmedizin, Frankfurt/Main
[2] Institut für Rechtsmedizin der Universität Köln
[3] Anatomisches Institut der Johann Gutenberg-Universität, Abteilung für Neuropathologie, Mainz

Zusammenfassung. **Bericht über einen tödlichen Zwischenfall während der Vojta-Therapie bei einem 3 Monate alten weiblichen Säugling durch Einblutungen in die Gefäßscheiden beider Vertebralarterien in Höhe ihrer Atlasschlingen bei C1. Der Tod des Kindes erfolgte durch Minderperfusion des kaudalen Hirnstamms mit begleitender Subarachnoidalblutung bei starker aktiver Kopfdrehung und Reklination und ereignete sich bereits während der 1. therapeutischen Sitzung. Neben dem klinischen Ablauf werden die neuropathologischen Details dargestellt. Es ist zu vermuten, dass ähnliche Verläufe sich bereits früher ereigneten, ohne dass darüber berichtet wurde. Symptome einer Hirnstammschädigung können hierbei auch um Stunden, seltener Tage, zeitverzögert einsetzen. Die Risiken einer Manualtherapie beim Kind werden anhand dieses Falles diskutiert.**

Schlüsselwörter: **Behandlung nach Vojta – tödlicher Zwischenfall bei provozierter aktiver Kopfrotation und Reklination – adventizielle Einblutungen in beide Vertebralarterien – Hirnstamm-Ischämie – subarachnoidale Hirnstammblutung – Risiken einer Manualtherapie beim Kind**

Fatal incident during manual therapy (Vojta's method) in a 3 months old infant. **Detailed clinical and neuropathological report on a fatal incident during the first manual therapy according to Vojta conducted in a 3 months old baby: during forced active rotation and head retraction the baby suffered from a bleeding into the adventitia of both her vertebral arteries at the level of C1 prompting ischemia of the caudal brainstem with subarachnoid haemorrhage around. It has to be suggested that similar cases already have occurred but have not been reported yet. There might be a time lag between the performance of physiotherapy and the beginning of neurologic symptoms. The risks of manual therapy in children will be discussed.**

Key words: **Vojta-therapy in a three months old baby – fatal incident with forced active rotation and retraction of the head – haemorrhage into the adventitia of both vertebral arteries – brainstem ischemia – brainstem subarachnoid bleeding – risks of manual therapy in children**

Klin Pädiatr 2001; 213: 76 – 85
© Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York
ISSN 0300 – 8630

Einleitung

Es liegt aus dem Jahre 1998 eine Stellungnahme der Kommission der Gesellschaft Neuropädiatrie e.V. [36] zur „Behandlung motorischer Störungen mit manueller Therapie" vor: zur Osteopathie, Chiropraktik, Manualmedizin, die ohne oder mit „Impuls" arbeitet, Atlastherapie nach Arlen, Therapie nach Kozijavkin und auch zu der in jüngster Zeit propagierten Impuls-Therapie beim sog. KISS-Syndrom (kopfgelenk-induzierte Symmetrie-Störungen [4], bzw. kopfgelenk-assoziierte Symmetriestörung [20]. Erweitert wurde dann der Begriff vom KISS zum KIDD: kopfgelenk-induzierte Dysgnosie/Dyspraxie [5]. Auch die von Vojta [85] seit Jahrzehnten empfohlene Physiotherapie eines forcierten Reflexumdrehens beim Schiefhals muss man indirekt als Manipulation im Kopf/Halsbereich ansprechen, wie unten ausgeführt werden wird. Die Kommission kam zusammengefasst zur folgenden Feststellung: „Die Beobachtungen" (gemeint sind adverse Effekte durch die Manualtherapien bei Erwachsenen) „können nicht ohne weiteres auf Kinder oder gar Säuglinge übertragen werden. Es bleibt festzuhalten, dass eine Komplikationsrate nicht bekannt ist" – wobei offen bleibt, ob es überhaupt eine solche oder keine bei Kindern gibt.

Feststellungen

1) Hauptziel der verschiedenen Manualtherapien ist eine „De-Blockierung" angenommener Blockierungen kleiner Wirbelgelenke, die zu bewusst wahrgenommenen oder auch zu reflektorischen, unbewusst wirksamen Schmerzzuständen führen, wodurch dann Haltungsasymmetrien, Muskelverspannungen, über die Headschen Zonen auch viszerale Funktionsstörungen ausgelöst würden. Als Ursprung dieser Blockierungen kleiner Wirbelgelenke wird ein Geburtstrauma angenommen [4,5,20,48], auch wenn über ein solches im eigentlichen Sinne nicht berichtet wird. Als wichtiger Nebeneffekt, so behaupten die Autoren und Befürworter dieser manuellen Therapien bei Kindern, ergäben sich etwa: nach ein- oder mehrmaliger De-Blockierung im Rahmen der KISS-Therapie oder einer Vojta-Therapie insgesamt: Senk/Knickfüße verschwinden, ebenso Haltungsstörungen der kindlichen Wirbelsäule wie ein Hohlkreuz, Skoliosen oder eine Adoleszenten-Kyphose, Gesichtsasymmetrien, Schiefhals und Kopfschiefhaltungen. Hyperkinetisches Verhalten würde ebenso gebessert wie ein Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom und Teilleistungsstörungen (KIDD-Therapie). Ebenso bei den Kleinen: Nabelkoliken und/oder zyklisches (azetonämisches) Erbrechen, später dann: Kopfweh, kindliche Migräne, Schlafstörungen. Auch minimale Zerebralparesen verschwänden

Heruntergeladen von: null. Urheberrechtlich geschützt.

und spastische Paresen seien besserungsfähig durch die genannten, sehr unterschiedlichen (manuellen) Behandlungs-Methoden [4,5,20,48,70,85]. – Allerdings erkennen einige Autoren auch Grenzen der biomechanischen Einwirkungsmöglichkeiten an: „der Hirnschaden setzt die Grenze" … „denn ohne sinnvolle Steuerung gerät das Kind innerhalb weniger Wochen in den status quo ante, ohne Neues hinzugelernt zu haben" [48] oder: „behandle ich wirklich Kopfgelenksblockierungen oder setze ich einen Impuls" [70].

2) Der springende Punkt bei der Evaluation all dieser spinalen manuellen Therapien (SMT) bei Kindern ist folgender: Ein Erfolg ist durch keinerlei wissenschaftliche Untersuchungen belegt und auch vermutlich wegen der Individualität des Schädigungsmusters jedes einzelnen Patienten und seiner immanenten Entwicklungsperspektive nicht beweisbar. Bei den Indikationen zur SMT bei Kindern – soweit überhaupt eine Art Indikationsliste besteht – muss man sich oft fragen, ob tatsächlich ein Krankheitszustand behandelt wird oder – oft wohl – nur eine vorübergehende Auffälligkeit, die eben keinen Krankheitswert hat. Bei Erwachsenen ist die Effektivität einer SMT n u r bei akutem (= < 7 Tage Dauer) Kopfschmerz und schmerzhafter Verspannung der Nackenmuskeln gesichert, bei allen anderen Indikationen nicht [14,33].

3) Hauptzielpunkt der De-Blockierungsbemühungen bei der zervikalen SMT ist das Atlanto-Okzipital- und Atlanto-Epistropheal-Gelenk. In ersterem findet die Inklination (Vorwärtsbeugung des Kopfes) und seine Reklination statt, in letzterem hauptsächlich die Kopfrotation. Es ist erwiesen, dass durch Rotation, Reklination und vor allem passive Traktion (mit „Impuls") in diesem Bereich eine schwere Schädigung des Patienten entstehen kann. Der gemeinsame Nenner dieser neurologischen Schäden, die auch zu Tode führen können, sind Gefäßschäden im Bereich einer oder beider **V**ertebral-**A**rterien (V.A.). Seltener kommt es bei Kindern beim Übersehen einer Grunddiagnose wie: Halsmarktumor [7,37,73], Syringomyelie [73], Chiari-Malformation, ossäre Anomalie, Rheumatoide Arthritis [64], fibromuskuläre Dysplasie [57,61], Ehlers-Danlos- oder Marfan-Syndrom [61], zu einer Schädigung, wenn eben nur das Symptom: Asymmetrie, Schiefhals, Skoliose etc. gesehen und behandelt wird. So dass Powell et al. [59] formulieren: „Potential complications and unknown benefits indicate that SMT should not be used in the pediatric population."

4) Wenn daher etwa von verschiedenen Autoren [4,5,20, 69] eine Röntgenaufnahme der HWS in 2 Ebenen als Vorbedingung für diese Art einer Therapie gefordert wird, so heißt dies einer Alibimaßnahme das Wort reden, da nur grobe knöcherne Anomalien erkannt werden können, so mancher Arzt/Ärztin die Röntgenaufnahmen überhaupt nicht kritisch zu beurteilen vermag, und vor allem die V.A., ihr Verlauf und ihre häufigen Anomalien nicht erfasst werden. Außerdem kostet diese Absicherungsmaßnahme Geld und ist aus strahlenhygienischen Gründen (Linse, Schilddrüse, Wachstumsfugen, Gonaden) jedenfalls bei Kindern und Jugendlichen strikt abzulehnen. Ausnahmen sind Kinder mit einem Klippel-Feil-Syndrom oder einer Sprengelschen Deformität sowie ausgeprägten, progredienten Skoliosen oder Kyphoskoliosen, wo zunächst eine sehr sorgfältige neuropädiatrische Untersuchung und dann eine adäquate Bildgebung erfolgen muss; hierbei ist heute auf jeden Fall eine MRT durchzuführen, da Typ I und II Diastematomyelien, eine Syrinx im Rückenmark oder sogar ein Tumor verborgen sein kann, alles Krankheitsbilder, die durch eine einfache Röntgenaufnahme meist nicht voll erfasst werden können.

5) Die einzige sinnvolle Voruntersuchung, die man daher vor einer solchen Therapie machen könnte, wäre die Durchführung einer Doppler-Sonographie der Vertebralarterien und der A. basilaris; einseitige Hypoplasien der V.A. (= Weite ihres Lumens < 2 mm) lassen sich bei 13% aller Menschen nachweisen [1,22,31,39,41,65]. Bei 3% ist die Hypoplasie sehr ausgeprägt. Die V.A. endigt auch bei 0,3% aller Menschen auf einer Seite als PICA (posterior inferior cerebellar artery) [1,22,31,41,61], was als Kontraindikation gegen manuelle Manipulationen angesehen werden muss [2,22,17,31,46,56, 61,63,79]. Auch eine Ligamentschwäche und – bei älteren Kindern und Erwachsenen – rezidivierende Nackenschmerzen könnten als Kontraindikation für eine SMT angesehen werden [29], Kopfschmerzen und/oder schmerzhafte Verspannungen der Nackenmuskulatur gelten jedoch umgekehrt gerade als Indikation für eine SMT. Letztendlich wird man auch bei sehr vorsichtigem Vorgehen Zwischenfälle nicht vermeiden können [79]. Auch wird die Aussagekraft einer Dopplerflussstudie der V.A. unter Kopfdrehung bei gesunden Erwachsenen völlig kontrovers diskutiert [46,87]. In einem großen Kollektiv Erwachsener wurden die Aussagemöglichkeiten der extrakraniellen und transkraniellen CW-Dopplersonographie (ECD und TCD) mit der farbkodierten Duplexsonographie verglichen: Es konnten nur durch die kombinierte Anwendung beider Methoden sicher zwischen einer Hypoplasie einer V.A. einerseits und proximaler oder distaler Stenose andererseits diagnostische Aussagen gemacht werden [12].

Unser eigener Fall [34], den wir hier ausführlich darstellen möchten, betrifft ein 3 Monate altes Mädchen mit heftigen, reflektorisch ausgelösten Rotations- und Reklinationsbewegungen des Kopfes im Rahmen einer Vojta-Therapie.

Fallschilderung

Das termingerecht geborene Mädchen war das erste Kind gesunder Eltern. Nach der glatten Entbindung war der Apgar-Wert 10/10/10, das Gewicht betrug 3300 g (P50), die Länge 51 cm (P50 – 75). Nach zunächst unauffälliger Entwicklung stellte der Kinderarzt anlässlich der U4 im Alter von genau 3 Monaten eine „allgemeine muskuläre Hypotonie mit Rechtsüberwiegen" sowie einen „funktionellen Schiefhals mit erhöhtem Muskeltonus des rechten Kopfwendemuskels" fest und verordnete deswegen: „10 × KG auf neurophysiologischer Grundlage". Das Kind war bis dahin gut gediehen, es wog 6350 g (P90), war 63 cm groß (P95), sein Kopfumfang betrug 42 cm (P95).

3 Tage später fand die 1. therapeutische Sitzung bei einer Krankengymnastin (KG) statt, die 14 Jahre zuvor staatlich geprüft worden war und 8 Jahre vorher zwei vierwöchige Vojta-Kurse (Einführungs- und Ausbildungskurs) absolviert hatte. Nach eigenen Angaben hatte sie zwischenzeitlich > 200 Kinder anhand dieser Methode behandelt. – Die KG stellte fest, dass vor allem der muskuläre Schiefhals nach rechts behandlungsbedürftig sei und begann mit Einverständnis der Mutter deswegen die Behandlung in Bauchlage: Bei nach rechts gedrehtem Kopf und nach oben halb gestrecktem

Heruntergeladen von: null. Urheberrechtlich geschützt.

Gesichtsarm wurde Druck auf den rechten Epicondylus humeri ulnaris und auf die Rückseite des rechten Oberschenkels (oder Ferse) ausgeübt. Das Kind wehrte sich bei diesem Druck sehr heftig, nahm den Kopf zurück und drehte ihn gesichtsseitig nach rechts. Das Kind schrie dabei und schwitzte erheblich. Ob es dabei auch eine Rötung im Gesicht oder am ganzen Körper bekam, bleibt unklar. Die KG lobte es, dass es dabei „so gut arbeitet", auch dann, als sie das Ganze die Mutter machen ließ. Diese ist eine kräftige Frau und sagte nachher selbst, dass sie fest gedrückt habe, da sie dazu von der KG mehrfach aufgefordert worden war. Sie stand links vom Kind und drängte es mit ihrer Taille zwischen Kopf und Schulter zurück auf den Behandlungstisch, da es sonst bei den heftigen Eigenbewegungen des Kopfes und ganzen Rumpfes vom Tisch herunter gefallen wäre. Die ganze Szene wurde später von der Polizei im Laufe der Ermittlungen mittels einer Puppe nachgestellt, video-aufgezeichnet und von der Mutter selbst kommentiert.

Wie oft nun das Kind heftig seinen Kopf rotiert und rekliniert hat bleibt unklar, mindestens zweimal unter Anleitung der KG, mehrfach bei der Mutter, die gesamte Behandlung dauerte 10 Minuten. Das Kind war dabei nur mit einer Windel bekleidet und lag auf einer Wolldecke. Am Ende der Behandlung war es völlig nassgeschwitzt und erschöpft. Die KG zeigte der Mutter eine Entspannungslage: Auf dem Bauch liegend wurden die Arme parallel nach oben gelagert, das Gesicht auf der Decke, und die Mutter sollte es am Rücken leicht streicheln und mit den Fingerspitzen beklopfen. Die KG verließ dabei mehrmals den Behandlungsraum. Eine dritte Frau, die mit ihrem Kind als nächste zur Behandlung gekommen war, sah, dass das Baby nicht mehr richtig atmete und forderte die Mutter mehrfach auf, es herumzudrehen und hochzunehmen. Als diese es dann nach einer etwa 10-minütigen Beruhigungsphase endlich hochnahm, war es blass, hatte bläulich verfärbte Lippen und ganz kalte Beine und atmete nicht mehr richtig. Die KG selbst gab später an, die Hautfarbe des Kindes sei „blauschwarz" gewesen, als sie es erstmals wiedersah.

Der herbeigerufene Notarzt stellte 10 – 15 Minuten später eine zentrale und periphere Zyanose bei gestörter Atem- und Kreislauffunktion fest. Aufgrund des EKG-Befundes musste eine Asystolie angenommen werden; das Kind machte keine Mundbewegungen, die Pupillen waren weit und areaktiv, die Kornealreflexe erloschen. Reanimationsmaßnahmen waren dann letztendlich erfolgreich, was die Herz-/Kreislauffunktionen betraf, nicht aber die zentralen Funktionen einschließlich der Atmung. Das Kind wurde u. a. 2-mal mit 20 und 40 Watt/s defibrilliert. Die Dauer der Reanimationsphase wurde mit 25 Minuten angegeben.

Auch in der nahe gelegenen Universitäts-Kinderklinik änderte sich das neurologische Bild nicht mehr: es bestand weiterhin eine Hirnstamm-Areflexie, das Kind blieb hypotherm (32 °C), ein Blutdruck war messbar (96/62 Torr), die Herzfrequenz lag bei 140/min, das EKG blieb silent, d. h. die HF folgte passiv der Körpertemperatur, es wurde 2-mal ein 0-Linien-EEG abgeleitet und die Reanimationsmaßnahmen wurden dann 30 hs nach dem Ereignis eingestellt. Das kindliche Herz wurde mit Einverständnis der Eltern explantiert und erfolgreich transplantiert, es ist bekannt, dass es beim Empfänger mindestens 9 Monate ohne Komplikationen funktionierte. *Laborwerte:* pH: 6,9, Basenüberschuss: – 25 mmol/l, Bicarbonat: 6,1 mmol/l, Laktat: 18,6 mmol/l, GOT: 267 U/l, CK: 203 U/l, CK-MB-Anteil: 63 %, Glukose: 382 mg/dl. – Röntgenaufnahmen des Thorax und der HWS: o. p. B., im kranialen Sonogramm: kein Hinweis auf Blutung, unauffällige Liquorräume, keine Pulsatilität der Hirngefäße nachweisbar.

Autopsie

1) Der rechte M. sternocleidomastoideus zeigte kaliberstarke, teilweise hypertrophierte Muskelfasern. Links war der Muskel dagegen verkürzt und erheblich narbig verändert, viele Muskelfasern waren atrophisch.

2) Der Tod war infolge einer unteren, foraminalen Einklemmung mit massiver Schwellung des gesamten Gehirns, vor allem aber des Kleinhirns und unteren Hirnstamms, eingetreten. Basale Kleinhirnanteile waren dorsal in den Spinalkanal eingepresst. Das Gehirngewicht betrug 850 g und lag damit 60 % über der Altersnorm: 534 g für ein Mädchen von 3 – 6 Monaten [6]. Über dem kaudalen Hirnstamm und obersten Halsmark sah man von ventral (Abb. **1 a**) und von dorsal (Abb. **1 b**) eine ausgedehnte Subarachnoidalblutung (SAB).

3) Im kraniozervikalen Übergang waren in der Adventitia beider Vertebralarterien frische Einblutungen zu erkennen (Abb. **1 c**). Einblutungen wurden auch in kleineren Nervenfaszikeln und in Wurzeltaschen der Umgebung gefunden. In kleineren Venen waren frische Thromben nachweisbar. Im Bereich der linken Hälfte der hinteren Schädelgrube waren

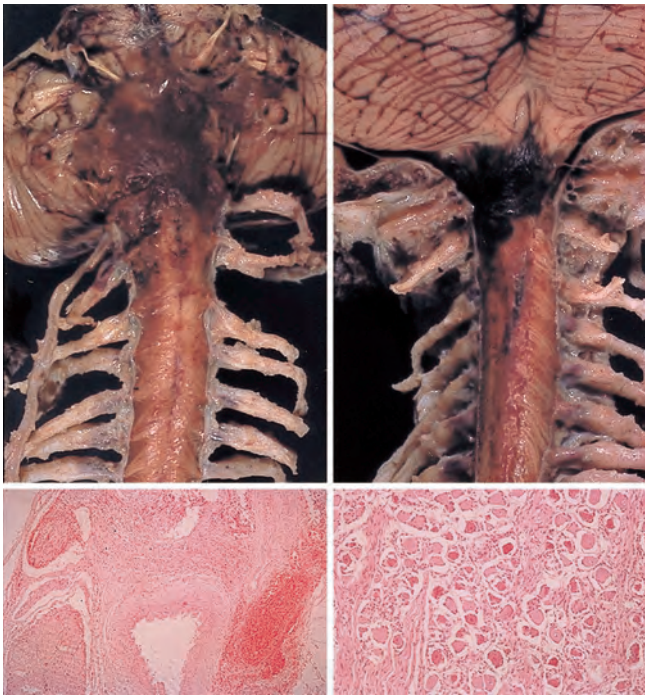


Abb. 1 Neuropathologischer Befund: Ansicht von ventral: SAB über Pons, Medulla oblongata und oberstem Halsmark. (**1 a**) Ansicht von dorsal: SAB auch hier über dem untersten Hirnstamm; die rechte Vertebralarterie ist in ihrem Querschnitt vor ihrem Durchtritt durch die Membrana atlanto-occipitalis zu erkennen (**1 b**) Einblutung in die Adventitia der V. A. (**1 c**) hypoxische Nervenzellerkrankung im Spinalganglion C2 (**1 d**).

Heruntergeladen von: null. Urheberrechtlich geschützt.

Reste einer älteren Epiduralblutung mit Granulationsgewebe festzustellen. Polsterartige Intimaverdickungen waren im Lumen beider Vertebralarterien zu erkennen, jedoch nicht in unmittelbarer Nachbarschaft der frischen adventiziellen Einblutungen.

4) Stellenweise waren bereits ausgedehnte ischämische Nervenzellveränderungen zu sehen (Abb. **1 d**). Diese waren betont im gesamten kaudalen Hirnstamm, im Bereich der Purkinjezellen des Kleinhirns, weniger deutlich im Thalamus und in den großen Zentralkernen, dem Hippocampus und gestuft im Bereich des Neocortex: frontal > Cingulum > temporobasal > Inselrinde > okzipital.

Diskussion des klinischen Verlaufs und des Autopsiebefundes

1) Auch bei einem Apgar-Wert von 10/10/10 bei termingerechter Geburt kann eine zunächst klinisch bedeutungslose Komplikation eintreten, wie hier eine kleine Epiduralblutung im Bereich der linken Hälfte der hinteren Schädelgrube, als deren klinischer Ausdruck später die rechtsbetonte muskuläre Hypotonie anzusehen ist. Auch die adaptativen Intimaverdickungen im Bereich der beiden V.A. dürften auf einen geburtstraumatischen Mechanismus (Einrisse der Lamina interna) zurückzuführen sein. Sie könnten hier als Zeichen einer leichten Gefäßvorschädigung angesehen werden, o h n e dass sie in ursächlichem Zusammenhang mit den akuten Adventitia-Einblutungen stehen. Klinisch war dieser Befund weder erkennbar noch wäre er etwa durch eine Doppler-Sonographie der Hirngefäße voraussagbar gewesen.

2) Als Seite einer Gewebsveränderung am Kopfwendemuskel war fälschlicherweise die rechte angenommen worden, traumatisch geschädigt war vielmehr eindeutig die linke, wobei die tastbare und auch mikroskopisch erkennbare Hypertrophie des rechten M. sternocleidomastoideus eine Art Selbstheilungsversuch des Organismus darstellt; seine Funktionen bei einseitiger Innervation sind: im Bereich des oberen Kopfgelenks: Reklination und homolaterale Seitwärtsneigung, im Bereich des unteren Kopfgelenks: kontralaterale Drehung des Kopfes (Rotation) [52]. Der M. sternocleidomastoideus wird durch den N. accessorius innerviert (XI. HN). Dieser innerviert auch alle 3 Anteile des M. trapezius, vor allem aber dessen Pars superior, deren Verkürzung vor allem zur Reklination der HWS und des Kopfes sowie zur kontralateralen Rotation führt.

3) Die makro- und mikroskopischen Befunde am Gehirn legen folgende pathophysiolgische Deutung des klinischen Ablaufs nahe: Zunächst kam es, ausgelöst durch die traumatisch entstandenen Blutungen, in die Adventitiae beider Aa. vertebrales in Höhe des Atlasbogens (angiographisch: Gefäßabschnitt V3 [1,31]) und in kleine umgebende Nervenfaszikel zu einem Gefäßspasmus beider genannter großer Arterien und damit zu einer akuten Hypoperfusion des kaudalen Hirnstamms und des Kleinhirns. Hieraus resultierte ein primärer, zentraler Atemstillstand, dieser wiederum führte innerhalb von Minuten zu einer globalen Asphyxie/Hypoxie, aus der sich wiederum ein allgemeines Hirnödem entwickelte; die Laborbefunde mit ausgeprägter Lactazidose und Zeichen einer allgemeinen Zellmembranschädigung sprechen in diesem Sinne; unterstützend dürfte sich auch ein ganz massiver Schmerzzustand ausgewirkt haben, da sowohl eine plötzliche arterielle Gefäßokklusion [14,29,53,61,79] als auch akute Blutungen in die Arterienwand, als auch in Nervenfaszikel, als auch letztendlich eine SAB heftigste Schmerzen auslösen und zu Gefäßspasmen führen können [14,16,29,35,51,63,79]. Bei den wenigen Fällen, bei denen postmortal keine arterielle Gefäßläsion gefunden wurde, wird ein mechanisch ausgelöster Gefäßspasmus allein als Ursache einer akuten Hirnstammischämie diskutiert [22,23,29,38,39,74]. Aus angiographischen Befunden nach SAB, Zwischenfällen bei zerebralen Angiographien etwa bei Migränikern ist bekannt, dass heftigste vaskuläre Schmerzen zu Spasmen großer Hirnarterienstämme führen können, die stunden- und tagelang anhalten und dann auch zur Infarzierung führen [31]. Das fortlaufende Weinen des Kindes während der gesamten Behandlungsphase und ein wohl äußerst massiver Schweißausbruch spricht für eine solche Deutung des Ablaufs. Die SAB ist als Folge der Gefäßeinblutungen zu bewerten; es ist bekannt, dass es hierbei ebenso wie beim Dissektionsvorgang einer Hirnarterie in 10% zu einer akuten SAB kommen kann [29,74], da die Media und Adventitia der V.A. in ihrem intraduralen Verlaufsanteil dünnwandiger sind.

4) Sicher ist, dass in diesem Fall die kranke und die gesunde Seite verwechselt wurden: Der linke Kopfwendemuskel war verkürzt, somit hätte die Behandlung mit einer Kopfdrehung nach links begonnen werden müssen; auch hätte – wenn man Vojta's Ausführungen in der letzten Ausgabe seines Lehrbuchs folgt [85] – die zeitgleiche Reklination u n d Rotation des Kopfes verhindert werden müssen durch sanften Druck auf das Okziput. Auch bleibt es fragwürdig, jedenfalls für die Autoren, ob gleich zu Beginn einer Physiotherapie wegen Kopfschiefhaltung mit einer Behandlung nach Vojta begonnen werden sollte, was der verordnende Kinderarzt jedoch intendiert hatte mit dem Begriff „auf neurophysiologischer Grundlage". Tatsache ist, dass auch bei genauer Durchsicht früherer Schriften Vojta's und der entsprechenden Sekundär-Literatur sich keine umrissene Indikationsliste für seine Therapie ergibt; man kann nur aus den verschiedensten Publikationen punktuell herauslesen, wann eine solche empfohlen wird: bei geburtstraumatischen Plexusparesen etwa, schlaffen Paresen im Rahmen einer Spina bifida, bei hypotonen Zuständen, bei Hemi-, Di- und Tetraparesen und -plegien. In früheren Schriften wurde auch von präspastischen und präathetotischen Syndromen gesprochen, bei denen eine Frühbehandlung zu erfolgen habe, Begriffe, die in der letzten Ausgabe seines Buches 1996 [85] vermieden werden. Es gibt auch keine genauen Anweisungen zur Durchführung dieser Therapie, so dass materiell und zeitlich aufwendige entsprechende Kurse absolviert werden müssen, um in dem Kreise der Vojta-Therapeuten/Innen Aufnahme zu finden. – Wenn man alle diese Fragen hintanstellt, bleibt festzuhalten: Die Frage, ob es bei der ersten provozierten Kopfrotation mit Reklination zu den Einblutungen kam oder erst bei der letzten, kann objektiv nicht beantwortet werden; der gesamte Ablauf muss jedoch als vojtatherapie-immanent angesehen werden. Dabei ist als Hauptursache für die vaskuläre Schädigung nicht die Frage anzusehen, ob der Kopf nach rechts oder/und nach links rotiert wurde, sondern der Umstand, dass bei einem jungen Säugling mit muskulärer Hypotonie der Bewegungsausschlag bei einer provozierten Rotation/Reklination nicht nur maximal, sondern eher supramaximal ausfällt; m.a.W.: die Abdrosselung beider Aa.V. dürfte komplett gewesen sein und eventuell mehrfach stattgefunden haben.

Heruntergeladen von: null. Urheberrechtlich geschützt.

Allgemeine Überlegungen zu therapeutischen Manipulationen an der HWS, insbesondere bei jungen Kindern

Aus den USA liegen Schätzungen vor, wie oft spinale therapeutische Manipulationen pro Jahr vorgenommen werden: 12 Millionen [59] – 75 Millionen [18,19,47]. Aufgrund solcher Zahlen erscheint es nicht unberechtigt, von einer „cultist mechanotherapy" zu sprechen [51]. Über eine 2-Jahres-Periode wurden allein im US-Bundesstaat California 55 Hirnstamminfarkte, 16 Myelopathien und 30 Radikulopathien als Folge chiropraktischer Manipulationen bekannt [44]. Die Effektivität der Behandlung scheint bei akuten Kreuz- und Kopfschmerzen (akut = < 1 Woche) weitaus besser zu sein als bei chronischen Schmerzzuständen [33,59]. Unter den Nebenwirkungen und Komplikationen werden milde, mäßige und schwere angeführt:

a) *Leichte Nebenwirkungen* [17,72]: lokaler oder ausstrahlender Schmerz – lokales Hitzegefühl – Kopfweh – Müdigkeit – Schwindel – Erbrechen. Bei Kindern, insbesondere bei Säuglingen und Kleinkindern mit KISS [4,5,20]: umschriebene Hautrötung im Gesicht etwa, am ganzen Körper – lange anhaltendes Schreien – Schlaflosigkeit – Wesensänderung für < 1 Woche, insgesamt alles häufige Nebenwirkungen. Die geschilderten Nebenwirkungen bei der SMT wegen KISS bzw. KIDD sind nach unserer Auffassung keineswegs harmlos, sondern sind ihrer klinischen Charakterisierung nach als Ausdruck einer Minderdurchblutung des kaudalen Hirnstamms zu bewerten. Dabei sind Schmerzen, die durch den „Impuls" induziert werden, nicht so sehr als arthrogen zu deuten als vielmehr als vaskulär, von einer mechanischen Irritation der V.A. ausgehend. Es erscheint daher nur eine Frage der Zeit, wann – und ob dann darüber berichtet – schwerwiegende Nebenwirkungen bei der Impuls-Therapie des KISS auftreten werden. Schließlich ist es für den Außenstehenden nicht möglich zu verstehen, warum ein Säugling/Kleinkind gleich eine ganze Woche lang nach einer solchen SMT völlig unpässlich sein soll, ob es etwa Schwindel, lokale oder Kopfschmerzen, Sehstörungen oder was auch immer empfindet: Es kann dies ja noch nicht ausdrücken und antwortet daher mit anhaltender Störung seiner Befindlichkeit.

b) *Mäßige Nebenwirkungen:* starker, anhaltender Schwindel (bei 1 : 637 Manipulationen zu erwarten [17] – Bewusstseinsstörungen (1 : 767) – Gefühlsstörungen, besonders in den Dermatomen C6/7 (1 : 4179) – selten: Doppeltsehen, Amaurosis fugax, Nystagmus, einseitige Armschwäche, Dysarthrie, Sprachstörungen, Tinnitus, Gangstörungen mit Fallneigung zu einer Seite [16,17,72].

c) *Schwere und schwerste Nebenwirkungen* [14,16,17,18,22, 23,29,32,33,35,38,44,49,51,53,54,56,59,61,63,68,72,77,79, 81,82,88], bei > 50% mit bleibenden Folgen:

Hirnstamminfarkte: bei fast 50%, ein- oder doppelseitig,
ein laterales Oblongata-Syndrom (Wallenberg-Syndrom) bei 25 – 30%,
Infarkte des Kleinhirns, Okzipitallappens, oder des Thalamus in 3 – 8%,
ausgedehnte Kleinhirninfarzierung [14,22,25,32,39],
dabei Okklusionshydrozephalus infolge Kleinhirnschwellung [3,22,30,32,35,57],
Locked-in-Syndrom [16,22,23,32,33,56,81,88],
Myelopathien [16,44,45,53,56,81,88],
Radikulopathien [16,44,56],
letaler Ausgang in 18 – 23%.

Schwere und schwerste Nebenwirkungen sind in einer Häufigkeit von 1 : 400 000 Manipulationen zu erwarten, Todesfälle bei 3 – 6/10 Millionen Behandlungen. Wichtig ist, dass die neurologische Symptomatik sofort bei etwa 50%, nach Stunden (häufig), aber auch erst nach Tagen (selten), in Ausnahmefällen nach Wochen einsetzen kann [17,18,22,23,25,29, 32,33,53,56,61,63,79]. Neben Ereignissen im vertebro-basilären Stromgebiet wird auch über Verschlüsse der A. carotis interna nach SMT berichtet [32,38,58], wobei man sich aus anatomischen Gründen vorstellen kann, dass hierbei die manipulatorischen Kräfte ganz erheblich gewesen sein müssen.

Eine SMT ist bei etwa $^2/_3$ aller traumatischen Schäden im vertebro-basilären Stromgebiet die Ursache bei Patienten/innen zwischen 20 und 50 Jahren; mögliche andere mechanische Ursachen sind, vor allem auch bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen: beim Schwimmen oder Tauchen [84], Stürze, Kopfstand, exzentrische Yoga-Übungen, [27,40,53,62], Judo [42], plötzliches Kopfdrehen [2,80,86], Kopfumdrehen beim Autofahren [18,32,38,49,74], Freiübungen wie: Handstand auf dem Parallelbarren – längeres Verharren in der „Brücke" – Rumpfbeuge rückwärts aus liegender Position heraus [53], Weißen einer Decke [54], ruckartige Bewegungen beim Bogenschießen („bow hunter's stroke"- [26,76,78]), wobei hier ein „Impuls" von vorne auf die Querfortsätze der oberen HWK eine Rolle spielen könnte; möglicherweise aber auch eine anhaltende Überdrehung des Kopfes durch den auf das Okziput aufgelegten eigenen Daumen des Schützen [78]. Auch eine Kopfdrehbewegung oder Reklination im Alltag kann zu transienten Symptomen einer vertebrobasilären Insuffizienz führen [2]. Einmalig ist der Bericht [68] über einen 20-jährigen Mann, der durch schnelles Rotieren des Kopfes einen Vertebralisverschluss bei sich selbst auslöste. All diese Aktivitäten mit Dreh- und Rückwärtsbeugungsbelastung der obersten HWS können auch schon bei Jugendlichen den gleichen Effekt wie eine SMT haben.

Pathoanatomisch nachgewiesene Ursachen der neurologischen Komplikationen waren [16,22,23,39,50,60,74,75]: Intimaläsionen mit nachfolgenden Thrombembolien, Einblutungen in die Wirbelarterien, seltener auch Verschlüsse einer V.A. oder der A. basilaris. Am häufigsten werden Dissektionen einer oder nicht selten beider Vertebralarterien in ihrem Verlaufsabschnitt V2/3 gefunden. Dabei kann der anatomische Befund ein mehrzeitiges Geschehen nahe legen, wobei die initialen Ereignisse klinisch stumm bleiben können.

Indikationen zu einer SMT bei Erwachsenen waren vor allem Spannungskopfschmerz und schmerzhafte Verspannungen der Nackenmuskulatur.

Als Kontraindikationen für eine SMT müssen angesehen werden [29,61]: eine allgemeine Bindegewebsschwäche, etwa im Rahmen eines Ehlers-Danlos- oder Marfan-Syn-

Heruntergeladen von: null. Urheberrechtlich geschützt.

droms, eine fibromuskuläre Dysplasie [42,57,61], die aber nach eigener Erfahrung selten ist, zumindest bei Kindern und keineswegs bei einer 3–5%-Marge [61] liegt. Zu Gefäßschäden kommt es dann, wenn eine Diagnose übersehen wurde: eine knöcherne Anomalie im Atlanto-Okzipital-Bereich, ein Halsmarktumor, eine Syrinx, eine Chiari-Malformation, bei Erwachsenen vor allem ein Bandscheibenschaden, eine Diszitis oder Arthritis, und vor allem wenn eine Progredienz neurologischer Symptome vernachlässigt wurde. Weiter bei Koagulopathien und bei Anwendung einer unsachgemäßen Technik [59].

Die Indikationen zur SMT bei Kindern sind keineswegs scharf umrissen; man kann vielmehr den verschiedenen Autoren [4,5,20,48,70,85] vorwerfen, dass sie empfehlen, schlechthin alles mit jeweils ihrer Methode behandeln zu lassen: von der Gesichts- und Lage-Asymmetrie über Haltungsstörungen wie einen Schiefhals, Wirbelsäulen- und Fußdeformitäten, Plexusparesen, spastische und schlaffe Paraparesen und -plegien bis zum hyperkinetischen Syndrom. Vor allem erscheint dabei der Hinweis unseriös, dass mit einer Verbesserung des mechanischen Bewegungsablaufes sich auch mentale Störungen und Defizite günstig beeinflussen ließen.

Zwischenfälle nach SMT bei Kindern

Dalgaard [8,9] beschreibt eine tödliche Rückenmarkblutung von C6–Th5 (epidural, subdural, im RM-Gewebe selbst) nach SMT wegen Bauchkoliken bei einem nur 6 Wochen alten Kind. Es lag auch eine Blutung zwischen der Wirbelsäule und der 1. Rippe links vor. Außerdem bestand ein Hirnödem: 600 g, ca. 60% > P50 [6]. Der Manualtherapeut hatte eine Stimulation des Vagus durch einseitigen Druck auf den Atlasquerfortsatz durchgeführt und anschließend bei dem Kind in BL im Bereich von BKM6/7 und BWK11/12 eine Massage vorgenommen, wobei das Kind heftig schrie; es schrie dann in der folgenden Nacht aus dem Schlaf heraus noch einmal auf, schlief dann aber wieder ein und wurde dann 16 hs nach der SMT tot im Bett aufgefunden. Dieser tödliche Zwischenfall ereignete sich nach der 3. therapeutischen Sitzung, ähnliche Behandlungen waren in kurzer Folge 7 und 4 Tage zuvor vorausgegangen. Vor Gericht erfolgte ein Freispruch mit der Begründung, dass eine solche Behandlung durchaus üblich sei (!) und bisher ähnliche Zwischenfälle in Dänemark sich nicht ereignet hätten.

Zimmerman et al. [89] berichten von einem 7-jährigen gesunden Jungen, der nach Hechtrollen vorwärts Kopfweh und Übelkeit sowie für 15 Minuten Verschwommensehen auf dem rechten Auge bekommen hatte. Ein Chiropraktiker stellte eine Fehlhaltung der HWS fest und behandelte mehrfach mit schnellen Rotationsbewegungen auf beiden Seiten, zusammen mit Flexion oder Hyperextension des Kopfes. Obwohl nach einer besonders heftigen Sitzung Stunden später Kopfweh und eine Fazialisparese aufgetreten waren, wurde die zervikale MT nach einer 14-tägigen Pause wieder aufgenommen. Zunächst traten erneut heftigstes Kopfweh, Mehrfacherbrechen und Doppeltsehen auf. 1 Woche später entwickelte sich eine Dysdiadochokinese rechts und eine Gangataxie. Der Junge war lethargisch, wollte nur noch liegen, hatte eine Kopfschiefhaltung nach rechts und wollte den Kopf nicht mehr drehen, da er „steif" sei. Objektiv war eine obere homonyme Quadrantenanopsie festzustellen, daneben ein Nystagmus beim Blick nach rechts, eine skandierende Sprache und erhebliche Dysmetrie rechts. Angiographisch wurden ein Teilverschluss der A. basilaris und ein vollständiger Verschluss der linken V.A. in Höhe von C2 nachgewiesen mit guten Kollateralen über deren Muskeläste in den intrakraniellen Verlaufsanteil der V.A. Im CT ergaben sich Hinweise auf einen Infarkt der linken Kleinhirnhemisphäre. Unter ASS erholte sich der Junge vollständig, hatte jedoch im Kontroll-CT nach 11 Monaten ausgeprägte zerebelläre Parenchymdefekte.

Krueger und Okazaki [39] führen in ihrer Übersicht über 37 Fälle von Infarkten im vertebro-basilären Stromgebiet nach SMT einen Fall eines 7-jährigen Jungen an, ohne auf Einzelheiten einzugehen.

Nicht iatrogene Zwischenfälle nach ungewöhnlichen Kopfdrehbewegungen

Bergen et al. [3] berichten über einen 9 Monate altes Baby, das in sein Sitzstühlchen fiel, nachdem es den Kopf stark verdreht hatte; es behielt diese Rotationshaltung über 1 h bei, hatte dann eine Abweichung des rechten Auges nach außen (= Ausdruck einer internukleären Ophthalmoplegie [INO] als Zeichen einer Schädigung des unteren Hirnstamms) und am nächsten Tag eine armbetonte Hemiparese rechts mit Beteiligung des VII. HN. Durch CT und Te99-Szintigraphie wurde ein ausgedehnter Infarkt der rechten Kleinhirnhemisphäre nachgewiesen, durch die Schwellung im Infarktbereich kam es dann nach 7 Tagen zu einem trilokulären Verschlusshydrozephalus, der durch eine Ventrikeldrainage und anschließenden v.p.-Shunt behandelt wurde. Auch hier war der weitere Verlauf günstig.

Gordon und Lendon [24] schildern den lethalen Verlauf eines 14-jährigen Jungen mit spastischer Diplegie und Athetosen, der im Verlauf einer besonders schweren Attacke unwillkürlicher Bewegungen eine frische Thrombose der Basilaris entwickelte und Stunden später danach verstarb; autoptisch fanden sich neben einer allgemeinen Hirnschwellung frische Infarzierungen des kaudalen Hirnstamms, Kleinhirns und mittleren temporalen Kortex.

Lee et al. [45] beschreiben ein 7-jähriges Mädchen, das nach mehrfachem Handstand mit starker Reklination des Kopfes ein zentrales Rückenmarks-Syndrom mit Apnoe und Tetraplegie durch einen Verschluss der A. spinalis anterior erlitt; die Autoren verweisen auf 8 ähnliche Fälle aus der Literatur. – Lannuzel et al. [42] fanden angiographisch Hinweise auf eine fibromuskuläre Dysplasie bei einem 11-jährigen Jungen, der einen Thalamusinfarkt nach Kopfdrehbewegungen beim Judo erlitten hatte. – Latschaw et al. [43] schildern angiographisch nachgewiesene Verschlüsse der V.A. nach Fußballspielen bei einem 11-jährigen Jungen und nach banalem Sturz bei einem 12-jährigen. – Ouvrier und Hopkins [55] diagnostizierten in ihrem pädiatrischen Klientel 2-mal Verschlüsse der V.A.: einmal bei einem 9-jährigen Jungen, der einen Monat zuvor bei einer Okzipitalfraktur eine 4–5-stündige Bewusstlosigkeit in der Anamnese aufwies, bei dem anderen Kind, einem 4-jährigen Jungen bestand als Grundleiden eine bakterielle Endokarditis. – In früheren Jahren war eine Lenta-Endokarditis sicher viel häufiger die Ursache [21] für einen thrombembolischen Verschluss der A.V.

Heruntergeladen von: null. Urheberrechtlich geschützt.

Wird eine SMT wegen Schiefhals durchgeführt, muss man sich klarmachen, dass ein RM-Tumor mit oder ohne Syrinx die Ursache für die Haltungsstörung sein kann, insbesondere wenn Hyperhidrose und eine (progrediente) Skoliose dieses Symptom begleiten [7,37]. Shafrir und Kaufman [73] berichten über ein 4 Monate altes Baby, bei dem sich Stunden nach einer SMT wegen angeborenem Schiefhals eine Quadruplegie mit zentralen Atemstörungen entwickelte; Ursache war ein Holocord-Astrozytom mit einer Syrinx, die bis in die untere Medulla oblongata reichte.

Aus dieser – sicher noch unvollständigen – Literaturstudie bei Kindern mit einem Gefäßverschluss im vertebro-basilären Bereich kann man jedoch einen sicheren Schluss ziehen: Traumen, insbesondere durch forcierte Hals-Rotations- und Reklinationsbewegungen, können bei Kindern genauso wie bei (jungen, gefäßgesunden) Erwachsenen zu Gefäßschäden und -verschlüssen mit entsprechender neurologischer Symptomatik führen, wobei auch bei Kindern eine SMT eine ursächliche Rolle spielt. In diesem Sinne muss die Stellungsnahme der Gesellschaft für Neuropädiatrie e.V. [36] eindeutig korrigiert werden.

Zur Topographie der Vertebralarterie: Diese beschreibt nach ihrem Durchtritt durch das Formanen costotransversarium des Axis (C2) einen lateralen Bogen, um das Querloch des Atlas (C1) zu erreichen. Von dort zieht sie um die Rückseite der Massa lateralis Atlantis, wo sie eine Indentation (Sulcus arteriae vertebralis) hinterlässt, zur Membrana atlanto-occipitalis, durch welche sie dann in die hintere Schädelgrube eintritt. Sie wird nach median vom M. rectus capitis posterior major, nach lateral vom M. obliquus capitis superior und inferior begleitet, diese 3 Muskeln bilden eine Art Aponeurose und somit die laterale Begrenzung der Membrana atlanto-occipitalis. Im Laufe des Lebens kann diese Aponeurose mit dem Sulcus einen osteofibrösen Kanal bilden [1,31,41] Diesen gesamten 3. Abschnitt (V3 in der Bennenung der Angiographie) bezeichnet man als die Schlinge der Vertebralarterie, die letztendlich dazu dient, bei Bewegungen des Kopfes eine Art Reservestrecke bereit zu halten, damit das Lumen der Arterie nicht eingeengt oder gar okkludiert wird.

Bei einer Kopfrotation um 30–45° nach rechts oder links wird der Blutdurchfluss der Vertebralarterie der Gegenseite gedrosselt [17] (Abb. **2**), bei zusätzlicher Reklination auf unter Umständen bis 10% ihres normalen Flussvolumens [26] (Abb. **3**). Wir müssen annehmen, dass ein solcher Mechanismus bei unserer kleinen Patientin ein- oder sogar mehrere Male wirksam wurde.

Parallelen im frühen Kindesalter

ALTE und SIDS: Bei 16 von 23 Kindern, die ein ALTE (**a**pparent **l**ife **t**hreatening **e**vent) überlebt hatten, konnte in Bauchlage

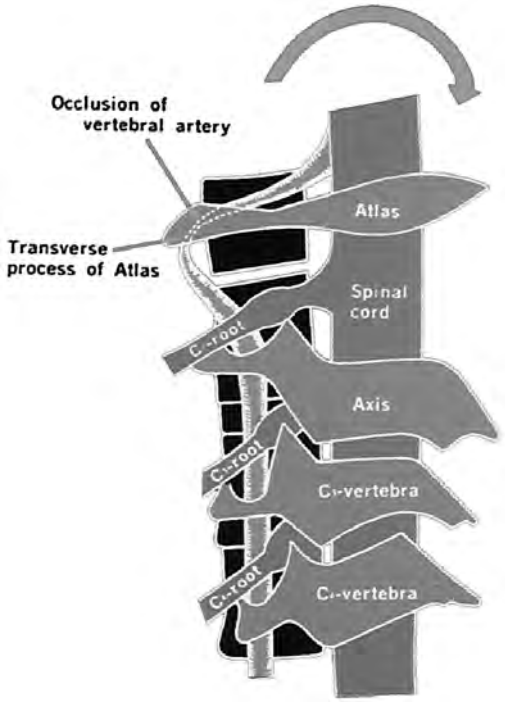


Abb. 3 Man erkennt die massive Lumeneinengung der Atlasschlinge der V.A. bei Rotation im Atlanto-Epistrophealgelenk (aus: Hanakita et al., 1988 [26]).

eine Minderperfusion der V.A. der Gegenseite bei Kopfdrehung durch farbkodierte Dopplersonographie nachgewiesen werden [10,11]. Postmortal wurde bei Kindern, die am plötzlichen Kindstod (SIDS) verstorben waren, eine lageabhängige Einengung des obersten Teils des Halsmarkkanals und eine Minderung der Perfusion bei Kopfrotation und Reklination in einer, vor allem der kontralateralen V.A. oder auch in beiden, nachgewiesen [65,66,67]. Schon früher waren in den 60er Jahren bei Erwachsenen solche postmortalen Durchströmungsversuche an den Wirbelarterien mit ähnlichen Ergebnissen durchgeführt worden [28,71,83]. – Es erübrigt sich darauf hinzuweisen, dass Perfusionsänderungen im Bereich der V.A. bei ALTE und SIDS nicht die einzigen Variablen sind; es erscheint aber sicher, dass sie u.U. eine wichtige Rolle spielen können, gewissermaßen das „Tüpfelchen auf dem i" sind.

Schlussfolgerung für die Praxis

Jede Physiotherapie muss eine klare klinische Indikation haben. Ein Kind prophylaktisch (etwa wegen einer berichteten perinatalen Belastung) oder „ut aliquid fieri videatur" behandeln zu lassen erscheint nicht richtig und ist heute



Abb. 2 Drosselung des Blutdurchflusses der kontralateralen V.A. bei Kopfrotation im Atlanto-Axial-Gelenk um 30–45° (aus: Dvorak et al., 1997 [17]).

Heruntergeladen von: null. Urheberrechtlich geschützt.

schon aus Kostengründen abzulehnen. Nebulöse Begriffe wie: „präspastisches“ oder „präathetotisches“ Syndrom können eine neuropädiatrische Diagnose nicht ersetzen. Gefährlich kann ein solches therapeutisches Handeln dann werden, wenn bei dieser Therapie provozierte oder passive Rotations- oder/und Reklinationsbewegungen des Kopfes gemacht werden, die in extremen Einzelfällen zur Schädigung des Kindes, ja zu seinem Tode führen können. Dies gilt für die Physiotherapie nach Vojta, für die es trotz vielfältiger Publikationen bis heute weder exakte Handlungsanweisungen noch eindeutige Indikationen gibt. Es muss aber auch hier auf die heute massiv propagierte Impuls-Therapie beim KISS-Syndrom hingewiesen werden, die mit dem gleichen Risiko behaftet erscheint.

Literatur

[1] Argenson C, Francke JP, Sylla S, Dintimille H, Papasian S, di Marino V. The vertebral arteries (segments V1 and V2). Anat Clin 1980; 2: 29 – 41

[2] Barton JW, Margolis MT. Rotational obstruction of the vertebral artery at the atlantoaxial joint. Neuroradiology 1975; 9: 117 – 120

[3] Bergen BJ, Batnitzky S, Morantz RA, Price HI. Cerebellar infarction with associated acute hydrocephalus due to vertebral artery occlusion in a child. Neurosurgery 1981; 8: 383 – 387

[4] Biedermann H. KISS-Kinder. Ursachen, (Spät-) Folgen und manualtherapeutische Behandlung bei frühkindlicher Asymmetrie. Enke, Stuttgart 1996

[5] Biedermann H. Manualtherapie bei Kindern. Indikationen und Erfahrung: ein Querschnitt. Enke, Stuttgart 1999

[6] Boyd E. Growth including reproduction and morphological development. Biological Handbooks, Federation of the American Societies for Experimental Biology, Washington DC 1962

[7] Citron N, Edgar MA, Sheehy J, Thomas DGT. Intramedullary spinal cord tumors presenting as scoliosis. J Bone Joint Surg 1984; 66B: 513 – 517

[8] Dalgaard JB. Medico-legal aspects of manipulatory treatment in Denmark. J Manual Med 1991; 6: 114 – 116

[9] Dalgaard JB. Gerichtsmedizinische Aspekte der Manipulationsbehandlung in Dänemark. Manuelle Medizin 1992; 30: 30 – 34

[10] Deeg KH, Alderath W, Bettendorf U. Basilarisinsuffizienz – eine mögliche Ursache des plötzlichen Kindstods. Ultraschall in Med 1998; 19: 250-258

[11] Deeg KH, Bettendorf U, Alderath W. Ist der plötzliche Kindstod Folge einer lageabhängigen Minderperfusion des Hirnstamms? Ergebnisse einer dopplersonographischen Studie an 23 SIDS-gefährdeten Kindern. Monatsschr Kinderheilkd 1998; 146: 597 – 602

[12] Delcker A, Diener HC. Die verschiedenen Ultraschallmethoden zur Untersuchung der Arteria vertebralis – eine vergleichende Wertung. Ultraschall in Med 1992; 13: 213 – 220

[13] De Vivo DC, Farrell FW. Vertebrobasilar occlusive disease in children. Arch Neurol 1972; 26: 278 – 281

[14] Di Fabio RP. Manipulation of the cervical spine: risks and benefits. Phys Ther 1999; 79: 50 – 65

[15] Dooley JM, Smith KR jr. Occlusion of the basilar artery in a 6 years old boy. Neurology 1968; 18: 1034 – 1036

[16] Dvorak J, von Orelli F. How dangerous is manipulation of the cervival spine? Case report and results of a survey. J Manual Med 1985; 2: 1 – 4

[17] Dvorak J, Dvorak V, Schneider W, Spring H, Tritschler T. Manuelle Medizin, Therapie, 3. Aufl.: Komplikationen bei Manipulationen der HWS. Thieme, Stuttgart, New York 1997; 63 – 65

[18] Easton JD, Sherman DG. Cervical manipulation and stroke. Stroke 1977; 8: 594 – 597

[19] Fast A, Zinicola DF, Marin EL. Vertebral artery damage complicating cervical manipulation. Spine 1987; 12: 840 – 842

[20] Fischer J, Sachs A. Symmetriestörungen beim Säugling und Kleinkind in Verbindung mit segmental vertebrogenen Dysfunktionen. Krankengymnastik 1997; 10: 1700 – 1717

[21] Fowler M. Two cases of basilar artery occlusion in childhood. Arch Dis Childh 1962; 37: 78 – 82

[22] Frisoni GB, Anzola GP. Vertebrobasilar ischemia after neck motion. Stroke 1991; 22: 1452 – 1460

[23] Frumkin LR, Baloh RW. Wallenberg's syndrome following neck manipulation. Neurology 1990; 40: 611 – 615

[24] Gordon N, Lendon M. Vertebro-basilar thrombosis and involuntary movements. Developmental Med Child Neurol 1985; 27: 664-674

[25] Hamann GF, Felber S, Haass A, Strittmatter M, Kujat C, Schmirigk K, Piepgras U. Cervicocephalic artery dissection due to chiropractic manipulations. Lancet 1993; 341, 342: 764 – 765, 114

[26] Hanakita J, Miyake H, Nagayasu S, Nishi S, Suzuki T. Angiographic examination and surgical treatment of bow hunter's stroke. Neurosurgery 1988; 23: 228 – 232

[27] Hanus SH, Homer TD, Harter DH. Vertebral artery occlusion complicating yoga exercise. Arch Neurol (Chicago) 1977; 34: 574 – 575

[28] Hardesty WH, Whitacre WB, Toole JF, Randall P, Royster HP. Studies on vertebral artery blood flow in man. Surg Gynecol Obstetr 1963; 116: 662 – 664

[29] Hart RG. Vertebral artery dissection (editorial). Neurology 1988; 38: 987 – 989

[30] Heros RC. Cerebellar infarction resulting from traumatic occlusion of a vertebral artery. J Neurosurg 1979; 51: 111 – 113

[31] Huber P (früher: Krayenbühl H und Yasargil MG). Zerebrale Angiographie für Klinik und Praxis. 3. Aufl. Thieme, Stuttgart 1979

[32] Hufnagel A, Hammers A, Schönle P-W, Böhm K-D, Leonhardt G. Stroke following chiropractic manipulation of the cervical spine. J Neurol 1999; 246: 683 – 688

[33] Hurwitz EL, Aker PD, Adams AH, Meeker WC, Shekelle PG. Manipulation and mobilization of the cervical spine. A systematic review of the literature. Spine 1996; 21: 1746 – 1760

[34] Jacobi G, Riepert T, Kieslich M, Bohl J. Death of a three-month old child due to physiotherapy by the Vojta method. Abstr: Neuropediatrics 2000; 31: A15

[35] Kanshepolsky J, Danielson H, Flynn RE. Vertebral artery insufficiency and cerebellar infarct due to manipulation of the neck. Bull Los Ang Neurol Soc 1972; 37: 62 – 66

[36] Karch D, Gross-Selbeck G, Schlack HG, Ritz A, Hanefeld F. Behandlung motorischer Störungen mit manueller Therapie (einschließlich der Vorgehensweise nach Kozijavkin) – Stellungsnahme der Gesellschaft für Neuropädiatrie. In: Förster C, Merkenschlager A (Hrsg). Aktuelle Neuropädiatrie. Novartis, Nürnberg 1997; 557 – 567

[37] Kiwak KJ, Deray MJ, Shields WD. Torticollis in three children with syringomyelia and spinal cord tumor. Neurology 1983; 33: 946 – 948

[38] Krieger D, Leibold M, Brückmann H. Dissektionen der Arteria vertebralis nach zervikalen chiropraktischen Manipulation. Dtsch med Wschr 1990; 115: 580 – 583

[39] Krueger BR, Okazaki H. Vertebral-basilar distribution infarction following chiropractic cervical manipulation. Mayo Clin Proc 1980; 55: 322 – 332

[40] Kugler J. Neurologische Störungen nach Yogaübungen. Med Klin 1972; 67: 1195

[41] Lang J. Craniocervical region, Blood vessels. Neuro-Orthop 1986; 2: 55 – 69

Heruntergeladen von: null. Urheberrechtlich geschützt.

[42] Lannuzel A, Moulin T, Amsallem D, Galmiche J, Rumbach L. Vertebral-artery dissection following a judo session. A case report. Neuropediatrics 1994; 25: 106 – 108
[43] Latchaw RE, Seeger JF, Gabrielsen TO. Vertebrobasilar occlusion in children. Neuroradiology 1974; 8: 141 – 147
[44] Lee KP, Carlini WG, McCormick GF, Albers GW. Neurologic complications following chiropractic manipulation: A survey of California neurologists. Neurology 1995; 45: 1213 – 1215
[45] Lee KS, Doh JW, Bae HG, Yun IG. Delayed central cord syndrome after a handstand in a child. Paraplegia 1996; 34: 176 – 178
[46] Licht PB, Christensen HW, Hoilund-Carlsen PF. Vertebral artery volume flow in human beings. J Manipulative Physiol Ther 1999; 22: 263 – 267
[47] Livingstone CPM. Spinal manipulation causing injury: A three year study. Clin Orthoped 1971; 81: 82 – 86
[48] Lohse-Busch H, Kraemer M, Reime U. Möglichkeiten der Rehabilitation von zerebralparetisch bedingten Bewegungsstörungen bei Kindern mit den Mitteln der Manuellen Medizin. Manuelle Medizin 1996; 34: 116 – 126
[49] Mas JL, Bousser MG, Hasboun D, Laplane D. Extracranial vertebral artery dissection. A review of 13 cases. Stroke 1987; 18: 1037 – 1047
[50] Mas JL, Henin D, Bousser MG, Chain F, Hauw JJ. Dissecting aneurysm of the vertebral artery and cervical manipulation: a case report with autopsy. Neurology 1989; 39: 512 – 515
[51] Mehalic T, Farhat SM. Vertebral artery injury from chiropractic manipulation of the neck. Surg Neurol 1974; 2: 125 – 129
[52] Mumenthaler M, Schliack H. Nervus accessorius. In: Läsionen peripherer Nerven. Diagnostik und Therapie. 6. Aufl. Thieme, Stuttgart, New York 1993; 211 – 214
[53] Nagler W. Vertebral artery obstruction by hyperextension of the neck: report of three cases. Arch Phys Med Rehabil 1973; 54: 237 – 240
[54] Okawara S, Nibbelink D. Vertebral artery occlusion following hyperextension and rotation of the head. Stroke 1974; 5: 640 – 642
[55] Ouvrier RA, Hopkins RA. Occlusive Disease of the vertebrobasilar system in childhood. Developmental Med Child Neurol 1970; 12: 186 – 192
[56] Patijn J. Complications in manual medicine: a review of the literature. J Manual Med 1991; 6: 89 – 92
[57] Perez-Higueras A, Alvarez-Ruiz F, Martinez-Bermejo A, Frutos R, Villar O, Diez-Tejedor E. Cerebellar infarction from fibromuscular dysplasia and dissecting aneurysm of the vertebral artery. Report of a child. Stroke 1988; 19: 521 – 524
[58] Peters M, Bohl J, Thömke F, Kallen K-J, Mahtzahn K, Wandel E, Meyer zum Büschenfelde K-H. Dissection of the internal carotid artery after chiropractic manipulation of the neck. Neurology 1995; 45: 2284 – 2286
[59] Powell FC, Hanigan WC, Olivero WC. A risk/benefit analysis of spinal manipulation therapy for relief of lumbar or cervical pain. Neurosurgery 1993; 33: 73 – 79
[60] Rashkind R, North CM. Vertebral artery injuries following chiropractic cervical spine manipulation. Angiology 1990; 41: 445 – 452
[61] Ringelstein EB. Dissektion der A. vertebralis durch chirotherapeutische Behandlung. Eine unterschätzte Gefahr. Manuelle Medizin 1997; 35: 240 – 245
[62] Ritchie Russell W. Yoga and the vertebral arteries. Brit med J 1972; 1: 685
[63] Robertson JT. Neck manipulation as a cause of stroke (editorial). Stroke 1981; 12: 1
[64] Robinson BP, Seeger JF, Zak SM. Rheumatoid arthritis and positional vertebrobasilar insufficiency. Case report. J Neurosurg 1986; 65: 111 – 114
[65] Saternus KS, Adam G. Der plötzliche Kindstod. Postmortale Flußmessungen an den großen Halsgefäßen zum Nachweis der lageabhängigen zerebralen Hypoxämie. Dtsch med Wschr 1985; 110: 297 – 303
[66] Saternus KS, Koebke J, von Tomaske L. Neck extension as a cause of SIDS. Forsensic Sci Int 1986; 31: 167 – 174
[67] Saternus KS. Arteria vertebralis, Halswirbelsäule und plötzlicher Kindstod. In: Biedermann H (Hrsg). Manualtherapie bei Kindern. Indikationen und Erfahrung: ein Querschnitt. Enke, Stuttgart 1999; 113 – 121
[68] Schellhaas KP, Latschaw RE, Wendling LR, Gold LHA. Vertebrobasilar injuries following cervical manipulations. JAMA 1980; 244: 1450 – 1453
[69] Schilgen M, Graf-Baumann T. Vertebralisläsion und Chirotherapie an der Halswirbelsäule. Praktische Konsequenzen. Manuelle Medizin 1997; 35: 249 – 253
[70] Seifert I. Praktische Bemerkungen zur manuellen Behandlung der Schräglagedeformitäten der Säuglinge. Manuelle Medizin 1996; 34: 114 – 115
[71] Selecki BR. The effects of rotation of the atlas on the axis: experimental work. Med J Australia 1969; II: 1012 – 1015
[72] Senstad O, Leboeuf-Ide C, Borchgrevink C. Frequency and characteristics of side effects of spinal manipulative therapy. Spine 1997; 22: 435 – 441
[73] Shafrir Y, Kaufman BA. Quadriplegia after chiropractic manipulation in a infant with congenital torticollis caused by a spinal cord astrocytoma. J Pediatrics 1992; 120: 266 – 269
[74] Sherman DG, Hart RG, Easton JD. Abrupt change in head position and cerebral infarction. Stroke 1981; 12: 2 – 6
[75] Sherman ME, Smialek JE, Zane WE. Pathogenesis of vertebral artery occlusion following cervical spine manipulation. Arch Pathol Lab Med 1987; 111: 851 – 853
[76] Shimizu T, Waga S, Kojma T, Niwa S. Decompression of the vertebral artery for bow-hunter's stroke. Case report. J Neurosurg 1988; 69: 127 – 131
[77] Sinel M, Smith D. Thalamic infarction secondary to cervical manipulation. Arch Phys Med Rehabil 1993; 74: 543 – 546
[78] Sorensen BF. Bow hunter's stroke. Neurosurgery 1978; 2: 259 – 261
[79] Sturzenegger M. Dissektion der Arteria vertebralis nach Manipulation der Halswirbelsäule. Schweiz Med Wochenschr 1993; 123: 1389 – 1399
[80] Takahashi I, Kaneko S, Asaoka K, Harada T. Rotational occlusion of the vertebral artery at the atlantoaxial joint: is it truly physiological? Neuroradiology 1994; 36: 273 – 275
[81] Terrett AGJ. Vacular accidents from cervical spine manipulation: report on 107 cases. Chiropractic J Australia 1987; 17: 15 – 24
[82] Terrett AGJ. Misuse of the literature by medical authors in discussing spinal manipulative therapy injury. J Manipulative Physiol Ther 1995; 18: 203 – 210
[83] Toole JF, Tucker SH. Influence of head posistion upon cerebral circulation. Arch Neurol (Chicago) 1960; 2: 616 – 623
[84] Tramo MJ, Hainline B, Petito F, Lee B, Caronna J. Vertebral artery injury and cerebellar stroke while swimming: case report. Stroke 1985; 16: 1039 – 1042
[85] Vojta V, Peters A. Das Vojta-Prinzip. Muskelspiele in Reflexbewegung und motorischer Ontogenese. 2. Aufl. Springer, Berlin, Heidelberg 1996
[86] Yang PJ, Latack JT, Gabrielsen TO, Knake JE, Gebarski SS, Chandler WF. Rotational vertebral occlusion at C1 – 2. Am J Neuroradiol 1985; 6: 98 – 100
[87] Yi-Kai L, Yun-Kun Z, Cai-Mo L, Shi-Zhen Z. Changes and implications of blood flow velocity of the vertebral artery during rotation and extension of the head. J Manipulative Physiol Ther 1999; 22: 91 – 95

Heruntergeladen von: null. Urheberrechtlich geschützt.

[88] Zak SM, Carmody RF. Cerebellar infarction from chiropractic neck manipulation: case report and review of the literature. Ariz Med 1994; 41: 333 – 337
[89] Zimmerman AW, Kumar AJ, Gadoth N, Hodges FJ III. Traumatic vertebro-basilar occlusive disease in children. Neurology 1978; 28: 185 – 188

Prof. emer. Dr. Gert Jacobi

Klinik für Kinderheilkunde I, Pädiatrische Neurologie
Zentrum der Kinderheilkunde und Jugendmedizin
Theodor-Stern-Kai 7
Frankfurt/Main

BUCHBESPRECHUNG

G. Schumacher, U. Sauer (Hrsg.): **„Herzfehler und Genetik". Neue Erkenntnisse aus der Molekularbiologie, 1999.** 356 Seiten, 84 SW-, 22 Farbabb., 29 Tab. Hardcover, DM 176,00. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH, Stuttgart

Dank der rasanten Fortschritte der molekularen Humangenetik sind die Vorstellungen zur Ätiologie angeborener Herzfehler in einem dramatischen Wandel begriffen. Dienten Begriffe wie „multifaktorielle Ursachen" oder „Gen-Umwelt-Interaktionen" früher mehr der Verschleierung unserer Unkenntnis zu diesem Thema, so wurden in den letzten Jahren laufend neue Genmutationen auf verschiedenen Chromosomen für verschiedene Herzfehler gefunden, von denen einige bereits therapeutische oder prognostische Konsequenzen haben.

So ist es außerordentlich verdienstvoll, dass G. Schumacher und U. Sauer die Ergebnisse eines weltweit ersten Symposiums hervorragender Experten im Okt. 1996 zum Thema „Herzfehler und Genetik" zum Nacharbeiten zusammengetragen und in diesem zweisprachigen Buch vorgelegt haben.

Nach einer Einleitung über die biologischen, aber auch rechtlichen und ethischen Grundlagen der Humangenetik und ihrer Beratungstätigkeit stellt A. C. Gittenberger-de Groot prägnant und gut illustriert die heutigen morphogenetischen Vorstellungen der Herzfehlerentstehung dar. Mit den Zahlen der bayrischen Fehlbildungsstudie (1984 – 1991) wird die Größe des Problems beschrieben. Sieben auf 1000 Lebendgeborene leiden an einem angeborenen Herzfehler, von denen noch heute in Deutschland 11,9% (!!) im ersten Lebensjahr sterben.

Die weitere Besprechung der genetischen Befunde der einzelnen Herzfehler folgt einer ungewohnten pathogenetisch-mechanistischen Einteilung (nach Clark), die Lateralisations- und Loopingdefekte (Situsanomalien), Migrationsanomalien (DiGeorge-Syndrom), extrazelluläre Matrixdefekte (AVSD), Defekte zielgerichteten Wachstums (Lungenvenenfehlmündung) und intrakardiale Blutflussanomalien unterscheidet. Hinzu kommen als schon lang existierende Brennpunkte humangenetischen Interesses die Kardiomyopathien und das Long-QT-Syndrom.

Für den kardiologischen und allgemeinpädiatrischen Leser (zumindest der älteren Generation) bedeutet die Lektüre des Buches ein wirkliches Nach- bzw. Einarbeiten in viele humangenetische und molekularbiologische Begriffe und Techniken, die aber auch viele neue Informationen vermittelt und neue Einsichten eröffnet: Die Familiarität der hypertrophen Kardiomyopathie ist seit Anfang der siebziger Jahre bekannt, von einer genetischen Belastung der Kombination Vorhofseptumdefekt und AV-Block hatte ich auch schon gelesen, aber der Stammbaum einer Mormonen-Familie mit 18 Generationen und 14 Lungenvenenfehlmündungspatienten bei 25 nicht penetrierenden Genträgern, bei denen ein TAPVC-1-Gen durch Linkage-Analyse entdeckt werden konnte, war mir neu und eindrucksvoll. Viele andere Beispiele ließen sich anfügen.

Die Haupteinsicht lässt sich kurz formulieren: Es ist alles viel komplizierter als gedacht. So findet sich eine Monosomie 22Q11 nicht nur bei den bekannten konotrunkalen Fehlbildungen (Truncus arteriosus, DORV, Fallot) mit DiGeorge-Syndrom, sondern – wenn auch in viel niedrigerem Prozentsatz – bei nahezu allen angeborenen Herzfehlern. Bei DiGeorge-Patienten findet sich dagegen in 10% ein weiterer Haploinsuffizienz-Genort auf Chromosom 10. Und bei konotrunkalen Fehlbildungen ohne DGS-Zeichen ist die 22Q11-Deletion so selten, dass nach Expertenmeinung auf eine Fish-Analyse verzichtet werden kann.

Das Buch gibt somit eine hervorragende Zusammenfassung des genetischen Wissens über angeborene Herzfehler, tut dies auf sehr anspruchsvolle Weise und vermittelt somit dem Nichtgenetiker viel neues Methodenwissen und Einsichten in die aktuellen Forschungsschwerpunkte. Der Gebrauchswert wird durch ein lexikalisches Verzeichnis klinischer Syndrome mit angeborenen Herzfehlern zusätzlich gesteigert. Ich habe es mit einiger Mühe, aber mit großen Gewinn gelesen.

A. A. Schmaltz, Essen

Heruntergeladen von: null. Urheberrechtlich geschützt.

Abteilung Fachberatung Medizin

Die Vojta-Therapie im Zusammenhang mit der Heilmittelrichtlinie als veranlasste Leistung bei KG ZNS Kinder und KG ZNS für Erwachsene

Auftrag/Anfrage von: AG HeilM-RL (Abteilung MVL)

Bearbeitet von: FBMed

Datum: 27. Juni 2024

Letzte Aktualisierung: 27. Juni 2024

Dateiname: STN_Vojta_Therapie_2024-06-2X.docx

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis 3
Abbildungsverzeichnis 3
Abkürzungsverzeichnis 4
1 Sachverhalt 6
2 Hintergrund 9
3 Methodisches Vorgehen 13
3.1 Literaturrecherchen 13
3.2 Auswahl der Fundstellen 14
3.3 Extraktion und Bewertung der Fundstellen 14
4 Ergebnisse 15
4.1 Therapeutische Effekte der Vojta-Therapie 15
4.2 Leitlinien-Empfehlungen bzgl. der Vojta-Therapie 23
4.2.1 KG-ZNS nach Vojta bei Kindern 23
4.2.2 KG-ZNS nach Vojta bei Erwachsenen 27
4.3 Wirkprinzip 31
4.4 Einordnung im Vergleich zu anderen Therapien 33
4.5 Komplikationen, physische oder psychische Folgen im Zusammenhang mit der Vojta-Therapie 37
4.6 Eltern-Kind-Beziehung 40
5 Zusammenfassung 44
6 Fazit 46
Referenzen 47
Anhang 54

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ausschlusskriterien 14

Tabelle 2: Übersicht der eingeschlossenen RCTs bei Kindern mit neurologischen Erkrankungen. Auszug aus [47] mit Ergänzungen 20

Tabelle 3: Identifizierte Leitlinien zu den zehn häufigsten Indikationen für KG-ZNS nach Vojta bei Kindern 24

Tabelle 4: Identifizierte Leitlinien zu den zehn häufigsten Indikationen für KG-ZNS nach Vojta für Erwachsene 28

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Textauszug aus dem ZI-Dokument (1983) [37] 9

Abbildung 2: posturales Screenings bei Neugeborenen und Entwicklungsprognose [56] 11

Abbildung 3: Auszug aus RoB-2 Bewertung der RCTs bei Kindern mit neurologischen Störungen [47] 16

Abbildung 4: Ergebnisse der Meta-Analyse mit dem Endpunkt Funktion der Grobmotorik bei Kindern mit neurologischen Störungen [47] 17

Abbildung 5: GRADE Bewertung zum Nutzen der Vojta-Therapie bei Kindern mit neurologischen Störungen [47] 18

Abbildung 6: Mechanismen im Hirnstamm und im Rückenmark beim Reflexkriechen in der Vojta-Therapie nach Ha (2023) [29] 32

Abbildung 7: Evidence Alert System: Motorik, frühe Intervention, Muskeltonus, Kontrakturen und Alignment [43] 34

Abbildung 8: Evidence Alert System: Schmerz, Schlaf, die Lunge betreffend u. a. m. [43] 35

Abkürzungsverzeichnis

AIMS	Alberta Infant Motor Scale
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.
CCD	central coordination disorder/zentrale Koordinierungsstörung
CEI	Central Eruopean Initiative/Mitteleuropäische Initiative
CI	Konfidenzintervall
CPG	zentraler Mustergenerator
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V.
DGSPJ	Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin
DNS	Dynamic Neuromuscular Stabilization
ebd.	Ebenda
EMKK	Erfassung der mütterlichen Einstellung zum Kleinkind
FEW	Frostig-Entwicklungstest der visuellen Wahrnehmung
G.K.B.	Gemeinsame Konferenz der deutschen Bobath-Kurse
GRADE	Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme/International Classification of Diseases
ICP	infantile Zerebralparese
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-HIS	Heilmittelinformationssystem
GMFCS	Gross Motor Function Classification System
GMFM	Gross Motor Function Measure
GNP	Gesellschaft für Neuropädiatrie
GoR	Empfehlungsgrad/Grade of Recommendation
HeilM-RL	Heilmittel-Richtlinie
IG	Interventionsgruppe
IMP	Infant Motor Profile
KG	Kontrollgruppe
KG-ZNS	Krankenkgymnastik - ZNS
KIT	Körperbezogene Interaktionstherapie
LL	Leitlinie
LoE	Evidenzlevel/Level of evidence
Mini-COPE	Inventory to Measure Coping Strategies with Stress
mmHg	Millimeter Quecksilbersäule

n	Anzahl
NDT	Neurodevelopmental treatment (nach Bobath)
NIPS	Neonatal Infant Pain Scale
PEDROlist	Physiotherapy Evidence Database Skala.
PHQ-9	Patient Health Questionnaire
PIPP	Premature Infant Pain Profile
PNF	Propriozeptive Neuromuskuläre Faszilitation
PROSPERO	International Prospective Register of systematic Reviews
PSN	propriospinales Neuron
PSS-10	Perceived Stress Scale
QSL	Querschnittlähmung
RCT	randomisierte kontrollierte Studie/n (randomized controlled trial/s)
RoB-2	Risk of Bias in clinical trials 2
ROM	Range of motion
RST	Reflex Zone Stimulation Technique
SATCo	Segmental Assessment of Trunk Control
SES	Sprachentwicklungsstörungen
SGB	Sozialgesetzbuch
SMD	standardized mean difference/standardisierte Mittelwertdifferenz
SR	Systematischer Review
STAI	State-Trait Anxiety Inventory
SWLS	Satisfaction with Life Scale
TUG	Timed Up and Go
UEMF	Umschriebene Entwicklungsstörungen motorischer Funktionen
USES	Umschriebene Sprachentwicklungsstörungen
WPPSI	Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence
ZI	Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland
ZNS	Zentrales Nervensystem
6MWT	six-minute walking test

1 Sachverhalt

In den Sitzungen am 8. August sowie 21. September 2023 tauschte sich die AG HeilM-RL, unter Berücksichtigung der Aufarbeitung der beim G-BA eingegangenen Hinweise durch die Fachberatung Medizin (FBMed)[1], weitergehend zu einem Rechercheauftrag an die FBMed zum Thema Vojta-Therapie aus und finalisierte diesen.

Die AG HeilM-RL beauftragt die FBMed mit einer umfassenden Literaturrecherche zur Überprüfung der Hinweise auf einen möglichen Schaden durch die Behandlung nach Vojta-Therapie. Für die Literaturrecherche verständigte sich die AG HeilM-RL auf einige Hintergrundinformationen sowie untenstehende Fragestellungen:

Allgemeines zur Intervention

Die Vojta-Therapie wurde zwischen den 1950er und 1970er Jahren von dem Neurologen und Neuopädiater 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, (neuro)muskulären Erkrankungen sowie Fehlentwicklungen und Erkrankungen des Bewegungsapparates.

Als Kontraindikationen gelten insbesondere:

- Fieber
- akute entzündliche Prozesse
- metastasierende Tumore
- Schwangerschaft
- Impfungen mit Lebendimpfstoffen (10 Tage nach Impfung).

Unterschieden werden muss zwischen der Behandlung von Säuglingen, Kindern und Erwachsenen. Hauptindikation bei Säuglingen und Kindern ist die infantile Zerebralparese (ICP), eine nicht fortschreitende Schädigung des Gehirns, die während der Schwangerschaft, bei der Geburt oder in der unmittelbaren Phase danach entsteht. Das Vojta-Konzept geht davon aus, dass die besten Behandlungsergebnisse erzielt werden, wenn sich noch keine motorischen Ersatzmuster ausgebildet haben, d. h. die Therapie sollte gemäß Vojta-Konzept möglichst innerhalb der ersten sechs Lebensmonate, spätestens bis zum Ende des ersten Lebensjahres erfolgen.

Nach Heilmittel-Richtlinie/-katalog kann unter der Diagnosegruppe ZN „ZNS-Erkrankungen einschließlich des Rückenmarks/ Neuromuskuläre Erkrankungen“ „KG-ZNS-Kinder“ (bis Vollendung des 18. Lebensjahres) und „KG ZNS“ (nach Vollendung des 18. Lebensjahres) die Therapie nach Vojta in Einzeltherapie erbracht werden.

[1] STN der FBMed vom 04.08.2023 mit dem Titel: „*Darstellung subjektiver Erfahrungen und Zusammenfassung der Hinweise bzgl. negativer Effekte durch die Behandlung mit der Vojta-Therapie*“

Laut Daten des GKV-Heilmittelinformationssystems (GKV-HIS) sind im Jahr 2022

- ca. 46.000 **Kinder** bis zum 18. Lebensjahr (Heilmittelpositionsnummer **X0709**: 90.000 Verordnungen, 850.000 Behandlungseinheiten, ca. 41 Mio. € Heilmittelausgaben) und
- knapp 16.000 **Erwachsene** ab dem 18. Lebensjahr (Heilmittelpositionsnummer **X0711**: 50.000 Verordnungen, 640.000 Behandlungseinheiten, ca. 25 Mio. € Bruttoumsatz)

mit dem Heilmittel KG-ZNS nach Vojta von insgesamt rund 2.400 zugelassenen physiotherapeutischen Praxen mit einer Abrechnungserlaubnis für eine KG-ZNS nach Vojta behandelt worden (siehe Anhang).

Zur Durchführung der Therapie ist eine curriculare Weiterbildung nach den Standards der Internationalen Vojta Gesellschaft e. V. erforderlich [50,51].

Gemäß Daten des Heilmittelleistungserbringerverzeichnisses nach § 124 Absatz 2 SGB V verfügen zum Stichtag 27.07.2023

- rund 3.500 physiotherapeutische Praxen über eine GKV-Abrechnungserlaubnis für KG-ZNS Vojta zur Behandlung von Kindern bis zum 18. Lebensjahr. Insgesamt sind dort rund 4.500 Abrechnungserlaubnisse (Vojta-Kinder-Therapeutinnen und -Therapeuten) hinterlegt,
- für die Behandlung von Erwachsenen ab dem 18. Lebensjahr mit KG-ZNS Vojta verfügen rund 4.300 physiotherapeutische Praxen über eine entsprechende Abrechnungserlaubnis; für diese sind insgesamt 5.500 Abrechnungserlaubnisse (Vojta-Erwachsenen-Therapeutinnen und -Therapeuten) hinterlegt.

Ein Nachweis der Wirksamkeit bzw. eine Überlegenheit gegenüber anderen Behandlungsformen, insbesondere unter Berücksichtigung der Grundsätze der evidenzbasierten Medizin, wurde nach Kenntnis der AG für die Vojta-Therapie bisher nicht erbracht. Vielmehr wurden von verschiedenen Seiten Zweifel an den zugrundeliegenden theoretischen bzw. neurophysiologischen Grundlagen geäußert und z. T. kontroverse Diskussionen über mögliche schwerwiegende Nebenwirkungen (wie Kompression des Rückenmarks, Gefäßschädigungen, berichteter Todesfall eines Säuglings 2001) sowie Spätfolgen geführt. Als Spätfolgen wurden insbesondere psychische Folgeschäden und nachhaltige Störungen der Eltern-Kind-Bindung berichtet, weil das mehrfach tägliche Auslösen von reflektorischen Bewegungsmustern zu Schreien oder heftiger Abwehr bei den Säuglingen und Kindern sowie einer psychischen Belastung der Eltern führe.

Mögliche Fragen zur Literaturrecherche:

Um gegebenenfalls der Frage nachgehen zu können, ob von einer Therapie nach dem Vojta-Konzept möglicherweise eine Gefährdung ausgeht und falls ja, für wen, beauftragt die AG HeilM-RL die Fachberatung Medizin mit einer entsprechenden Literaturrecherche. Zur ersten Befassung mit der Thematik und unter Berücksichtigung der aktuellen Eingabe an den G-BA scheint es zielführend, den Schwerpunkt dieser Literaturrecherche zunächst auf die durch die AG ermittelten häufigsten ICD-gestützten Indikationen zur Vojta-Therapie zu legen. Des Weiteren soll die Recherche zu möglichen Komplikationen/schwerwiegenden Zwischenfällen im unmittelbaren Zusammenhang mit der Anwendung der Vojta-Therapie auf die Gruppe der Säuglinge und Kinder begrenzt werden. Darüber hinaus soll altersunabhängig der Frage nach möglichen Spätfolgen, insbesondere psychischen Spätfolgen, nachgegangen werden.

- Gibt es relevante aktuelle/gültige nationale und internationale Leitlinien-Empfehlungen zur Vojta-Therapie bei den o. g. Erkrankungen?
- Liegt Literatur gemäß Verfahrensordnung (u. a. kontrollierte Studien) zu den therapeutischen Effekten der Behandlung nach Vojta in Bezug auf die oben genannten Erkrankungen/ICD-gestützten Indikationen vor?

- Liegt Literatur gemäß Verfahrensordnung vor, dass die dem Vojta-Konzept zugrunde liegenden Wirkprinzipien/neurophysiologischen Grundlagen dem derzeitigen Stand der Wissenschaften (insbesondere „Reflexlokomotion“ und „Reflexkriechen“) entsprechen?
- Liegt Literatur gemäß Verfahrensordnung (u. a. kontrollierte Studien) zu Vergleichen mit den anderen Therapien auf neurophysiologischer Grundlage gemäß KG ZNS (Bobath) bei den o. g. Erkrankungen vor?
- Liegen Erkenntnisse über Komplikationen/schwerwiegende Zwischenfälle in unmittelbarem Zusammenhang mit der Anwendung der Vojta-Therapie bei den o. g. Erkrankungen bei der Behandlung von Säuglingen und Kindern vor?
  Wenn ja: Welche? Alter der Kinder?
- Liegen Erkenntnisse über negative körperliche/somatische Auswirkungen/Spätfolgen der Vojta-Therapie bei den o. g. Erkrankungen vor?
  Wenn ja: Welche?
- Liegen Erkenntnisse über negative psychologische Auswirkungen/Spätfolgen der Vojta-Therapie bei den o. g. Erkrankungen vor?
  Wenn ja: Welche?
- Liegen Erkenntnisse über Auswirkungen der Vojta-Therapie auf die Eltern-Kind-Beziehung vor?

2 Hintergrund

Historie zur Aufnahme der Vojta-Therapie in die Heilmittel-Richtlinie

In einer Publikation des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (ZI) „*Indikations- und Verordnungshinweise für die physikalische Therapie*“ aus dem Jahr 1983 [37] findet sich die Krankengymnastik nach Vojta unter den Behandlungsvorschlägen (siehe Abbildung 1).

Indikationen – Diagnosen Leitsymptomatik und ihre Synonyma	Behandlungsvorschläge	Behandlungsvorschläge	Modell-Verordnung
Infantile Cerebralparese Frühkindlicher Hirnschaden Spastisch-ataktische Störungen Hyperkinetische Syndrome	**A)** Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage, zur Kontrakturprophylaxe, zum Anbahnen reflexhemmender Bewegungsmuster, Bobath, Vojta, PNF, Sprachtherapie (sofern finanzierbar: Hippotherapie). Sprachtherapie. Ergotherapie auf neurophysiolog. Grundlage. **Reha-Maßnahmen** einleiten (Schulisch-Ar-	beitsleben-Beschützende Werkstatt – häusliche – familiäre Rehabilitationshilfen). **H)** Steh-, Sitz-, Bewegungshilfen. Eingliederung in Sonderschulen, Behindertenwerkstätten.	10 x Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage. 10 x Sprachtherapie

Abbildung 1: Textauszug aus dem ZI-Dokument (1983) [37]

Die Vojta-Therapie wird in der Publikation des ZI als Behandlungstechnik auf neurophysiologischer Grundlage zum „*Abbau spastischer Bewegungsmuster durch Ausnutzung von Körperlage- und Stellreflexen – reflexveranlagte Fortbewegung*“ aufgeführt [37].

Bereits in einer ZI Veröffentlichung von 1980 [38] findet sich die „*Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage: Aktives und passives Durchbewegen*“, allerdings ohne weitere Spezifizierung.

Die oben genannte Publikation des ZI [37] aus dem Jahr 1983 kann als eine Vorläuferversion des heutigen Heilmittel-Katalogs angesehen werden, da u. a. deren Gliederung, Indikationen und Behandlungsvorschläge Eingang in die G-BA Richtlinien gefunden haben.

Die Heil- und Hilfsmittel-Richtlinien vom 1. Juli 1986 [5] lagen nur auszugsweise vor. Darin ist im Abschnitt *1.2.4 Krankengymnastik* im *Unterabschnitt 1.2.4.3* Folgendes zu finden:

> „*Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage zur Erleichterung des Bewegungsablaufs durch Ausnutzung komplexer Bewegungsmuster, Bahnung von Bewegungsabläufen und Förderung oder Hemmung von Reflexen (z. B. Krankengymnastik nach KABAT, BOBATH, VOIJTA)*[2]“

Die Heil- und Hilfsmittel-Richtlinien vom 17. Juni 1992 [6] mit dem Titel „Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von Heilmitteln und Hilfsmitteln in der kassenärztlichen und vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel- und Hilfsmittel-Richtlinien)“ sind die älteste Version der Heil- und Hilfsmittel-Richtlinie, die der FBMed vollständig vorliegt. Darin findet sich unter „*B. Maßnahmen der physikalischen Therapie***“** die Nummer „*36 Krankengymnastik*“ mit dem Unterpunkt

> „*Nr. 36.3.1 Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage zur Erleichterung des Bewegungsablaufs durch Ausnutzung komplexer Bewegungsmuster, Bahnung von Innervation und Bewegungsabläufen und Förderung oder Hemmung von Reflexen (z. B. Krankengymnastik nach KABAT, BOBATH, VOIJTA)*.“[3]

[2] Diese Schreibweise für Vojta fand sich in den Heil- und Hilfsmittel-Richtlinien vom 1. Juli 1986.

[3] Diese Schreibweise für Vojta fand sich in den Heil- und Hilfsmittel-Richtlinien vom 17. Juni 1992.

Es wurden keine begründenden Unterlagen identifiziert, auf welcher Basis die Vojta Therapie in die Heil- und Hilfsmittel-Richtlinien bzw. Heilmittel-Richtlinie aufgenommen wurde. Nach Kenntnis der FBMed lagen zu der damaligen Zeit keine randomisierten oder nicht-randomisierte kontrollierte Studien zur Vojta-Therapie bei neurologischen Erkrankung vor.

Entwicklung der Vojta-Therapie

Seit über 50 Jahren ist die Vojta-Therapie ein bekanntes und etabliertes Verfahren, das allerdings immer noch kontrovers – sowohl hinsichtlich eines Nutzens als auch möglicher Schäden – diskutiert wird. Die Auseinandersetzung zwischen Befürwortern und Kritikern erfolgt dabei zum Teil ideologisiert und emotionsgeladen, statt evidenzbasiert. In der Buchveröffentlichung zu einer Fachtagung im September 2004 [4] mit dem Titel „*Gewalt gegen Kinder – Traumatisierung durch Therapie?*“ wird die Vojta Therapie gemeinsam mit der „*Festhaltetherapie nach Prekop*“ und der „*Körperbezogenen Interaktionstherapie (KIT) nach Jansen*“ sogar den Festhaltetherapien zugeordnet.

Ab dem Jahr 1967 werden in der Kölner Universitätskinderklinik Säuglinge mit zerebralen Bewegungsstörungen mit der Vojta-Therapie behandelt [41]. Zwischen 1968 und 1972 wurden 157 Säuglinge, die bei Behandlungsbeginn nicht älter als sechs Monate waren, über einen Zeitraum von durchschnittlich neun Monaten nach Vojta behandelt (ebd.).

Seit 1975 wird an der physiotherapeutischen Abteilung des Kinderzentrums München die kinesiologische Therapie nach Vojta bei Kindern mit fixierter Zerebralparese, zentralen Koordinationsstörungen oder Spina bifida umgesetzt [59]. Kinder mit skoliotischer Bedrohung oder mit psychomotorischem Entwicklungsrückstand werden ebenfalls nach Vojta behandelt.

[Anmerkung: Vojta war ab 1968 wissenschaftlicher Angestellter der Orthopädischen Universitätsklinik Köln und am Aufbau eines therapeutischen Teams beteiligt. Im Jahr 1975 wechselte er mit seinem Team an das Kinderzentrum München und war dort stellvertretender Direktor [58].]

Anhand von Beobachtungen an Kindern mit Zerebralparese und dem Vergleich mit den Bewegungsmustern gesunder Säuglinge entwickelte Václav Vojta seine Hypothesen zur Reflexlokomotion mit den Komponenten Reflexkriechen und Reflexumdrehen. An gesunden Säuglingen konnte Vojta feststellen, dass bei ihnen die Motorik so stimuliert werden konnte, dass Bewegungsabläufe sichtbar wurden, die normalerweise erst zu einem späteren Zeitpunkt der motorischen Entwicklung auftreten würden [44].

Im Laufe seiner Arbeiten wurden von Vojta empirisch 20 Ausgangspositionen und neun Auslösezonen definiert, über deren vielfältige Kombinationen – räumliche und zeitliche Summierung der Reize – bestimmte angeborene Bewegungen ausgelöst werden können [2]. Die Bewegungen laufen automatisch, als unwillkürliche Reaktionen der quergestreiften Muskulatur auf einen äußeren Reiz, ab.

Die Auslösung erfolgt über Druck mit den Fingern oder Handkanten über einen gewissen Zeitraum währenddessen der Säugling in einer Position fixiert werden muss bzw. ein Widerstand gegen die Bewegung des Kindes aufgebaut wird [45].

Als Grenzen für die Anwendung der Therapie formulierte Vojta folgende Regel: „*Wenn sich bei einem CP-Kind nach einem Jahr der konsequenten Behandlung keine wesentliche Besserung zeigt, müssen wir die Grenzen des Erreichbaren vermuten*.“ [57].

Vojta-Diagnostik und Lagereaktionen

Die sogenannte Vojta-Diagnostik, die von Vojta in den 1970er Jahren auf Basis seiner empirischen Beobachtungen eingeführt wurde, umfasst die Untersuchung von Säuglingen anhand von sieben Lagereaktionen, bei denen durch plötzliche Änderungen aus einer definierten Körperlage spezifische Bewegungen ausgelöst werden.

- Traktionsreaktion
- Landau-Reaktion
- Axillare Hängereaktion
- Seitkippreaktion nach Vojta
- Horizontale Seithängereaktion nach Collis
- Vertikale Hängereaktion nach Peiper und Isbert
- Vertikale Hängereaktion nach Collis

Eine Lagereaktion kann entweder als „normal“ oder „abnorm“ bewertet werden. Die Zahl der abnormen Lagereaktionen wird addiert und die Summe folgendermaßen bewertet:

- Für 0-3 abnorme Lagereaktionen als insgesamt „normal“
- Für 4-5 abnorme Lagereaktionen als insgesamt „auffällig“ und
- Für 6-7 abnorme Lagereaktionen als insgesamt „pathologisch“.

Gemäß Vojta können die sieben Lagereaktionen als Instrument zur Beurteilung neuronaler Reifungsprozesse und zur Untersuchung auf frühkindliche zerebrale Bewegungsstörungen zum Einsatz kommen [52]. Dies ist bis zum Erreichen der vollständigen Vertikalisierung/Aufrichtung möglich [32]. Die Lagereaktionen sind als Screening-Tool anwendbar, da sie nicht von der Mitarbeit des Kindes abhängen, sondern von Außen provoziert werden [60].

Vojta führt in seiner Arbeit zur posturalen Ontogenese aus, dass bei etwa 70 % der Kinder einer „*unausgewählten Neugeborenen-Population*“ die Lagereaktionen normal waren [56] (siehe Abbildung 2).

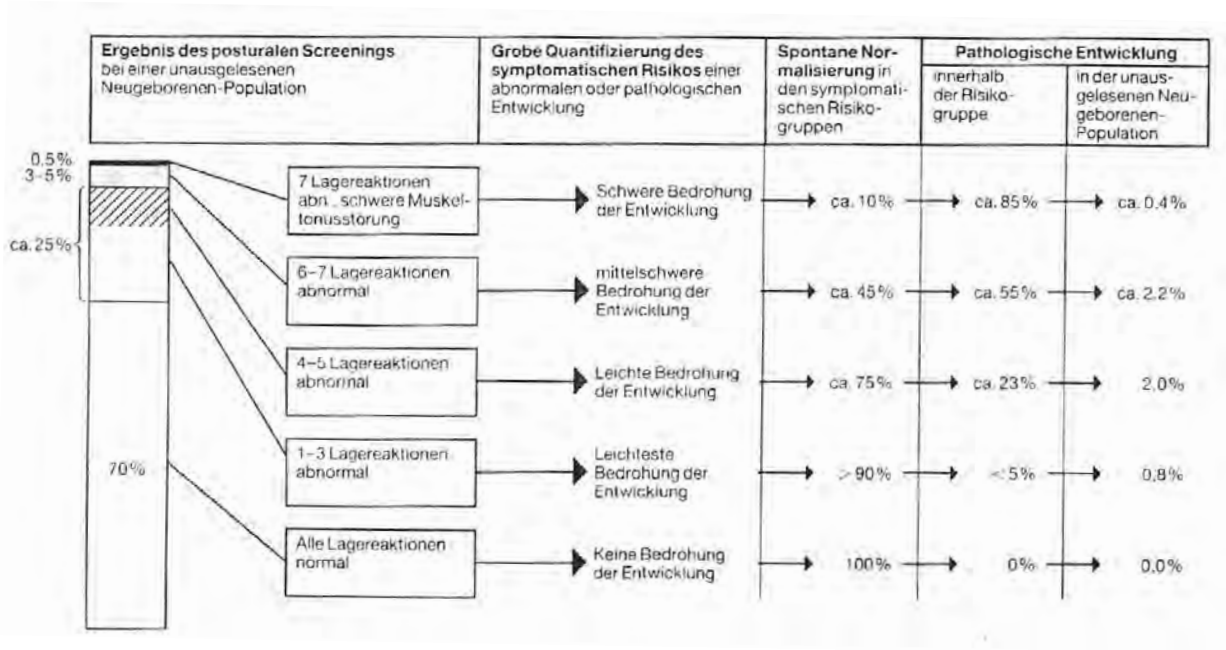


Abbildung 2: posturales Screenings bei Neugeborenen und Entwicklungsprognose [56]

Eine schwere Bedrohung der Entwicklung zeigte sich bei 0,5 % der Neugeborenen, 3 bis 5 % wiesen eine mittelschwere Bedrohung auf und bei etwa 25 % der Neugeborenen lag eine leichte bis leichteste Bedrohung der Entwicklung vor (siehe Abbildung 2). Prognostisch normalisiert sich in jeder symptomatischen Risikogruppe spontan ein gewisser Prozentsatz der Neugeborenen[4].

Die krankengymnastische Therapie der Zerebralparese soll frühzeitig prophylaktisch gestartet werden. Jedoch ist eine sichere Diagnose der Zerebralparese im Säuglingsalter nicht möglich, so dass auch Säuglinge ohne Zerebralparese eine krankengymnastische Therapie erhalten. Weber (1983) schätzte, dass etwa 97 % der behandelten Säuglinge keine Zerebralparese haben [60].

[4] Es finden sich in der Publikation von Vojta keine Angaben über die Größe der gescreenten Neugeborenen-Population. Die Erstellung der Grafik wurde von Vojta „*nach Werten von Costi und Tomi*“ erstellt.

3 Methodisches Vorgehen

Die auftragsrelevanten Fragestellungen wurden anhand folgender Themen-Cluster bearbeitet:

1) Therapeutische Effekte der Vojta Therapie
2) Leitlinien-Empfehlungen bzgl. der Vojta-Therapie
3) Zugrundeliegendes Wirkprinzip
4) Einordnung im Vergleich zu anderen Therapien
5) Komplikationen, physische oder psychische Folgen im Zusammenhang mit der Vojta-Therapie
6) Eltern-Kind-Beziehung.

Diese Struktur findet sich im Ergebnisteil wieder.

3.1 Literaturrecherchen

Es wurde eine systematische Literaturrecherche ohne Einschränkungen auf Publikations-, Studientyp oder Recherchezeitraum zur Vojta-Therapie durchgeführt und nach PRISMA-S dokumentiert [A]. Die Recherchestrategie wurde vor der Ausführung anhand der PRESS-Checkliste begutachtet [B]. Folgende Datenbanken wurden ohne Sprachrestriktion dafür durchsucht: The Cochrane Library (Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Central Register of Controlled Trials), PubMed, AMED (OVID), EMBASE (OVID), CINAHL (EBSCO), PEDro, Current Contents (Livivo), Verlagsdaten (Livivo), DissOnline (Livivo).

Zudem wurde die Zotero-Datenbank der Internationalen Vojta Gesellschaft mit Stand 21.12.2023 durchgesehen und alle als relevant eingestuften, nicht durch die Recherche gefundenen Treffer in die Rechercheergebnisse überführt.

Eine zusätzliche Recherche nach grauer Literatur umfasste eine gezielte, iterative Handsuche auf den Internetseiten von Leitlinienorganisationen und Fachgesellschaften. Ergänzend fand eine freie Internetsuche (https://www.google.com/) mit englischen und deutschen Suchbegriffen statt, unter Verwendung des privaten Modus. Diese Recherche wurde am 30.01.2024 abgeschlossen.

Die Durchsicht von Literaturverzeichnissen relevant eingestufter Publikationen [44,54] identifizierte weitere Literatur und die durch die AG übermittelte Literatur wurde ebenfalls berücksichtigt.

Ergänzend fand zu den durch die AG ermittelten häufigsten ICD-gestützten Indikationen zur Vojta-Therapie eine Leitlinienrecherche ohne Sprachrestriktion in PubMed statt. Die Recherche wurde auf die letzten 5 Jahre eingeschränkt und am 08.12.2023 abgeschlossen. Zu großen Indikationen wie Parkinson, Multiple Sklerose und Schlaganfall erfolgte ausschließlich eine iterative Handsuche auf den Internetseiten von Leitlinienorganisationen und Fachgesellschaften. Am 08.04.2024 fand eine abschließende Recherche nach deutschen Leitlinien zu den von der AG ermittelten Indikationen in der AWMF-Leitlinien-Datenbank statt.

Nachträglich wurde ein systematischer Review von April 2024 [47] aufgenommen.

Die detaillierte Darstellung der Recherchestrategien inkl. verwendeter Suchfilter ist am Ende der Stellungnahme aufgeführt.

Mit Hilfe von EndNote wurden Dubletten identifiziert und entfernt. Die Recherchen ergaben eine Gesamtmenge von 4069 Referenzen.

3.2 Auswahl der Fundstellen

Die durch die Recherche ermittelten Treffer wurden einem zweistufigen Auswahlprozess (Screening) unterzogen. Im 1. Screening erfolgte eine Prüfung nach Titel und Abstract. Die hierbei eingeschlossenen 443 Treffer wurden im Volltext auf ihre Relevanz für die vorliegende Fragestellung geprüft (2.Screening). Insgesamt konnten 61 Referenzen in die vorliegende Stellungnahme aufgenommen werden. In Tabelle 1 sind die im 1. und 2. Screening verwendeten Ausschlusskriterien dargestellt.

Tabelle 1: Ausschlusskriterien

Abkürzung	Bezeichnung	Operationalisierung
a1	Population	Nicht auftragsrelevante Erkrankungen (keine Verordnung von KG ZNS vorgesehen), gesunde Kinder oder Erwachsene
a2	Intervention/Kontrolle	Keine Vojta-Therapie, keine Vergleichsgruppe
a3	Methodik	Retrospektive Studien SR mit methodischen Mängeln, z. B. • keine systematische Suche • keine Qualitätsbewertung der eingeschlossenen Studien
a4	Andere Gründe	**Nicht auftragsrelevant** • Versorgungskontext nicht übertragbar • Abweichende Fragestellung (Ätiologie, Diagnostik, Epidemiologie) **Formale Kriterien** • veraltete Version, Dublette, VT nicht beschaffbar, Sprache (zurückgestellt) **Publikationstyp** • Letter, Abstract, Poster, Comment, Volltext nicht verfügbar **Abweichendes Studiendesign** Tierstudie, präklinische Studie, ggf gesundheitsökonomische Evaluation, Dosis-Findungsstudie

3.3 Extraktion und Bewertung der Fundstellen

In Abhängigkeit von dem jeweiligen Themen-Cluster wird die verfügbare Evidenz im Ergebnisteil dargestellt.

Zum Themenkomplex *Therapeutische Effekte der Vojta-Therapie* wurde ein systematischer Review [47] identifiziert (siehe Unterkapitel 4.1). Die Bewertungen der auftragsrelevanten Primärstudien wurden – nach Überprüfung –aus dem systematischen Review übernommen.

Im Unterkapitel 4.2 *Leitlinien-Empfehlungen bzgl. der Vojta-Therapie* wurde auf eine DELBI-Bewertung der zitierten Leitlinien verzichtet. Ebenso wurde von einer Bewertung des eingeschlossenen systematischen Reviews abgesehen (siehe Unterkapitel 4.4).

4 Ergebnisse

Die Ergebnisse der Literaturrecherche werden entsprechend der jeweiligen Themen-Cluster dargestellt:

- Therapeutische Effekte der Vojta Therapie: hierzu fanden sich Studien höherer Evidenz, so dass ein systematischer Review mit Meta-Analyse und vier RCTs dargestellt werden konnten (siehe Unterkapitel 4.1)
- Leitlinienempfehlungen bzgl. der Vojta-Therapie: AWMF Leitlinien der Entwicklungsstufen S1, S2e, S2k und S3 werden aufgeführt (siehe Unterkapitel 4.2)
- Zugrundeliegendes Wirkprinzip: zu diesem Thema wurden zwei Stellungnahmen und ein narrativer Review, die im Zeitraum von 2004 bis 2023 veröffentlicht wurden, im Rahmen der Literaturrecherche gefunden (siehe Unterkapitel 4.3)
- Einordnung im Vergleich mit anderen Behandlungsoptionen: hierzu lag ein systematischer Review auf dem Jahr 2019 vor (siehe Unterkapitel 4.4)
- Komplikationen, physische oder psychische Folgen im Zusammenhang mit der Vojta-Therapie: 14 Publikationen aus den Jahren von 1977 bis 2021 wurden eingeschlossen. Es handelt sich vornehmlich um Studien niedriger Evidenz (Beobachtungsstudien, Einzelfallbericht) sowie Stellungnahmen und Buchkapitel (siehe Unterkapitel 4.5)
- Eltern-Kind Beziehung: hierzu wurden 9 Publikationen aus den Jahren 1977 bis 2022 eingeschlossen. Es handelt sich vornehmlich um Studien niedriger Evidenz (Beobachtungsstudien, Fallbeispiele) sowie Buchkapitel (siehe Unterkapitel 4.6)

4.1 Therapeutische Effekte der Vojta-Therapie

Sánchez-Gonzáles et al. veröffentlichten 2024 einen „*Critical review of the evidence for Vojta Therapy: a systematic review and meta-analysis*“ [47] mit dem Ziel die verfügbare Evidenz zum Nutzen der Vojta-Therapie zusammenzutragen mit Schwerpunkt auf die Neuromodulation von Bewegungsparametern.

In den systematischen Review wurden vergleichende Kohortenstudien sowohl mit Patientinnen und Patienten als auch mit gesunden Erwachsenen eingeschlossen. Als Intervention diente die alleinige Vojta-Therapie oder die Vojta-Therapie in Kombination mit anderen Therapieformen im Vergleich zu einer Kontrollgruppe oder einem Vergleich zu Placebo oder einer Scheinintervention (sham group).

Ausgewählte methodische Aspekte finden sich im Anhang

Es wurden von der Autorengruppe keine Einschränkungen bzgl. der Interventionsdauer oder der Endpunkterhebung vorgenommen.

Insgesamt wurden von den Autoren 55 Interventionsstudien in die qualitative Analyse eingeschlossen. Davon wurden 18 Studien in den Meta-Analysen berücksichtigt.

Die eingeschlossenen Studien zur Vojta-Therapie wurden thematisch gruppiert nach:

- Studien zur Neurophysiologie,
- Studien bei Erwachsenen: neurologische und orthopädische Erkrankungen und
- Studien bei Kindern: respiratorische, neurologische und nicht-neurologische Erkrankungen.

<u>Anmerkungen</u>:

Weitere methodische Aspekte zu diesem SR finden sich im Anhang

In dieser Stellungnahme erfolgt eine Fokussierung auf die Studiensituation bei Kindern mit neurologischen Erkrankungen, da nur für diese Kinder KG ZNS als Heilmittel verordnet werden kann.

Charakteristika der Population/Studien

Es wurden neun Interventionsstudien zu Kindern mit neurologischen Störungen eingeschlossen: fünf RCTs [52, 53, 54, 58, 59] und vier nicht-randomisierte Studien [55, 56, 57, 60]. Die Studien wurden in der Türkei [54], in Süd Korea [52, 53, 58], Thailand [57, 59], China [55], Rumänien [60] und Spanien [56] durchgeführt und zwischen 2018 und 2023 veröffentlicht.

Insgesamt wurden 267 Kinder (Mädchen und Jungen) im Alter zwischen 0 und 13 Jahren in die Studien eingeschlossen. Folgende Endpunkte wurden erhoben: Messung der Grobmotorik mit GMFM [52, 53, 55, 56, 59] und Alberta Infant Motor Scale (AIMS) [54], Rumpfkontrolle [53], Gleichgewicht [60], Gewichtsverteilung [58, 60], Bewegungsumfang [59], Ganganalyse [58, 60], Timed Up and Go (TUG) und Sechs-Minuten-Gehtest (6MWT) [57], emotionaler Status der Eltern [54], Lebensqualität der Eltern [54] und Zufriedenheit der Eltern [59].

Eine tabellarische Übersicht mit den Charakteristika der neun eingeschlossenen Studien findet sich im Anhang[5].

Qualität der Studien

Die Autoren führten die Risk of Bias Bewertung an vier der eingeschlossenen RCTs [52, 53, 54, 59] durch (siehe Abbildung 3). Der RCT von Ha et al. (2018)[52] wies ein hohes Biasrisiko aufgrund des Verzerrungspotentials im Randomisierungsprozess auf. Ha et al. (2022) [53] und Konjen[6] et al. (2022)[59] zeigten ein gewisses Verzerrungsrisiko. Für die Studie von Kavlak et al. (2022) [54] ergab die Bewertung ein niedriges Verzerrungsrisiko.



Abbildung 3: Auszug aus RoB-2 Bewertung der RCTs bei Kindern mit neurologischen Störungen [47]

Legende: grün = niedriges Verzerrungsrisiko, gelb = unklares Verzerrungsrisiko, rot = hohes Verzerrungsrisiko
Spaltenbezeichnung:
(D1) Verzerrung aufgrund des Randomisierungsprozesses
(D2) Verzerrung aufgrund von Abweichungen von den geplanten Interventionen
(D3) Verzerrung aufgrund fehlender Ergebnisdaten
(D4) Verzerrung bei der Messung des Ergebnisses
(D5) Verzerrung bei der Auswahl des berichteten Ergebnisses

Die Bewertung der methodischen Qualität mit der PEDRO Skala erfolgte an fünf der eingeschlossenen Studien [52, 53, 54, 58, 59] bei Kindern mit neurologischen Störungen. Die methodische Qualität erreichte auf der PEDRO Skala Werte von 8 und 9. Drei Studien [52, 54, 58] wiesen eine gute methodische Qualität auf und zwei Studien [53, 59] zeigten eine ausgezeichnete methodische Qualität (siehe Anhang).

[5] Die Angaben zu den vier in die Meta-Analyse eingeschlossenen RCTs finden sich übersetzt und ergänzt in Tabelle 2.
[6] Die Bezeichnung des RCTs [59] ist uneinheitlich: Es finden sich die beiden Varianten Nipaporn K et al (2022) oder Konjen N et al. (2022). Letztere ist die korrekte Zitationsweise.

Vier RCTs [52, 53, 54, 59] (n=77) gingen in die Meta-Analyse mit Random-Effekt-Modell zur Bestimmung der therapeutische Effekte der Vojta-Therapie bei pädiatrischen Patienten mit neurologischen Störungen ein. Dazu wurde das Outcome Grobmotorik (über GMFM oder Alberta Infant Motor Scale) verwendet und die standardisierte Mittelwertdifferenz (SMD) mit 95 % Konfidenzintervall berechnet.

Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede in den Auswirkungen der Vojta-Therapie im Vergleich zur Kontrollgruppe (siehe Abbildung 9):

SMD = -0,02 (95% CI: -0,32 bis 0,27; n = 179; Z = 0,16; p = 0,87) bei geringer Heterogenität (I^2 = 0%; p = 0,49)[7].

In den Subgruppenanalysen zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den verschiedenen Ergebnissen bzgl. des GMFM (GMFM sitting, GMFM crawling, GMFM lying rolling) und der Alberta Infant Motor Scale (p = 0,95)[8].

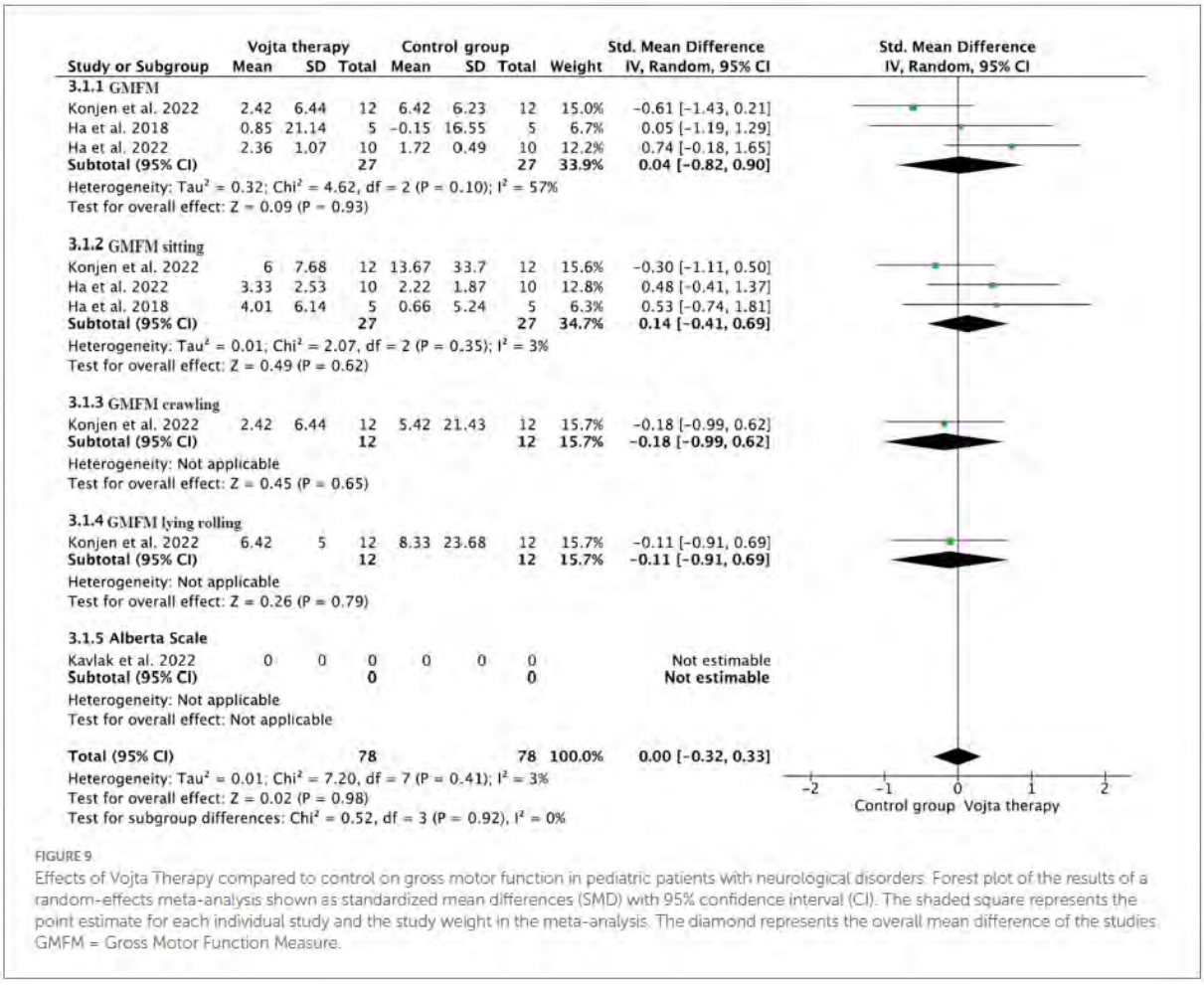


FIGURE 9
Effects of Vojta Therapy compared to control on gross motor function in pediatric patients with neurological disorders. Forest plot of the results of a random-effects meta-analysis shown as standardized mean differences (SMD) with 95% confidence interval (CI). The shaded square represents the point estimate for each individual study and the study weight in the meta-analysis. The diamond represents the overall mean difference of the studies. GMFM = Gross Motor Function Measure.

Abbildung 4: Ergebnisse der Meta-Analyse mit dem Endpunkt Funktion der Grobmotorik bei Kindern mit neurologischen Störungen [47]

[7] Diese Angaben von S. 27 der Publikation lassen sich nicht anhand des Forrest Plots ablesen, auch wenn sich der Verweis auf die Abbildung richtet.

[8] Der Wert p=0,95 fand sich nur im Text (S. 27 in [47]).

Die GRADE Bewertung erfolgte anhand dieser vier RCTs [52, 53, 54, 59] für den Endpunkt Funktion der Grobmotorik. Die Bewertung ergab ein ernsthaftes Biasrisiko[9]. Inkonsistenz (keine Heterogenität zwischen den Studien I^2=0 %), Indirektheit und Ungenauigkeit sowie Publikationsbias lagen nicht vor. Insgesamt wird die Qualität der Evidenz als sehr gering bewertet.

Number of studies	Risk of bias	Inconsistency†	Indirectness‡	Imprecision§	Publication bias	SMD (95% CI)	Quality of evidence
Effects of VT in pediatric patients with neurological disorders							
Gross motor function							
Four trials (n=77)	Serious	No serious (I^2 =0%)	No serious	No serious	No serious	−0.02 (−0.32, 0.27)	Very small

GRADE, Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation; MD, mean difference; SMD, standardized mean difference. * "No" = most information is from results at low risk of bias; "Serious" = crucial limitation for one criterion or some limitations for multiple criteria sufficient to lower confidence in the estimate of effect; "Very serious" = crucial limitation for one or more criteria sufficient to substantially lower confidence in the estimate of effect. † "Serious" = I^2 > 40%; "Very serious" = I^2 > 80%. ‡ No indirectness of evidence was found in any study. § Based on sample size. "Serious" = n < 250 subjects; "Very serious" = n < 250 and the estimated effect is little or absent. ¶Based on funnel plots. No publication bias was found. Funnel plots are not shown because the number of trials was less than 10.

Abbildung 5: GRADE Bewertung zum Nutzen der Vojta-Therapie bei Kindern mit neurologischen Störungen [47]

Fazit der Autoren

Die Ergebnisse der Meta-Analyse auf Basis von vier RCTs zeigten bei Kindern mit neurologischen Störungen, die die Vojta-Therapie bekamen, keine signifikanten Unterschiede im Endpunkt Grobmotorik zu der Vergleichsgruppe.

Ebenfalls zeigten sich keine signifikanten Unterschiede bzgl. Sauerstoffstättigung, Atemrate, Gewicht und Kopfumfang bei pädiatrischen Patienten mit nicht-neurologischen Erkrankungen oder Atemproblemen. [10]

Kommentare zum Review

Die Studien Li et al. (2007) [55], Sanz-Mengibar et al. (2021) [56], Ungureanu et al. (2022) [60] und Phongprapapan et al. (2023) [57] waren von der FBMed ausgeschlossen worden, da keine adäquate Kontrollgruppe vorlag (Ausschlussgrund a2). Der RCT von Sung YH & Ha SY (2020) [58] wurde ebenfalls ausgeschlossen, da GMFM nicht als Endpunkt erhoben wurde und stattdessen u. a. die Muskeldicke bestimmt wurde.

Die Charakteristika der vier in die Meta-Analyse eingeschlossenen RCTs [52, 53, 54, 59] zu Kindern mit neurologischen Störungen finden sich in Tabelle 2. Die Angaben stellen eine Übersetzung der Originaltabelle aus dem Systematischen Review dar, ergänzt mit weiteren Informationen.

In den Supplements zum systematische Review finden sich Übersichten mit den Protokollen zur Durchführung der Vojta-Therapie in den eingeschlossenen Studien: die Position während der Therapie, die Stimulationszone und -zeit; die Anzahl der Sessions pro Woche und die Qualifikation der Therapeutin bzw. des Therapeuten werden aufgelistet.

Es waren keine ausführlicheren Informationen zur Meta-Analyse oder GRADE-Bewertung verfügbar.

[9] In der RoB-2 Bewertung der Einzelstudien lag bei Ha et al. (2018) [52] ein hohes Verzerrungsrisiko vor.

[10] Die Studien und Ergebnisse zu pädiatrischen Patienten mit nicht-neurologischen Erkrankungen oder Atemproblemen sowie zu Erwachsenen wurden im Rahmen dieser Stellungnahme nicht weiter dargestellt, da sie nicht auftragsrelevant waren.

Im Review verwendete Literatur bzgl. Pädiatrischer Patienten mit neurologischen Störungen

52. Ha SY, Sung YH. Effects of Vojta approach on diaphragm movement in children with spastic cerebral palsy. J Exer Rehabil 2018;14:1005–9.
53. Ha SY, Sung YH. Vojta therapy affects trunk control and postural sway in children with central Hypotonia: a randomized controlled trial. Children (Basel) 2022;9:9.
54. Kavlak E et al. Comparison of the effectiveness of Bobath and Vojta techniques in babies with Down syndrome: randomized controlled study. Ann Clin Anal Med 2022;13:13.
55. Li H et al. Association of therapeutic occasion, gross motor function grading and developmental level with gross motor functional recovery in children with cerebral palsy. Neural Regen Res 2007;2:548–51.
56. Sanz-Mengibar JM et al. Is the implementation of Vojta therapy associated with faster gross motor development in children with cerebral palsy? Ideggyogy Sz 2021;74:329–36.
57. Phongprapapan P et al. Functional outcome of Vojta therapy as a postoperative protocol for surgically treated patients with cerebral palsy. JseaOrtho 2024;48.
58. Sung YH, Ha SY. The Vojta approach changes thicknesses of abdominal muscles and gait in children with spastic cerebral palsy: a randomized controlled trial, pilot study. Technol Health Care 2020;28:293–301.
59. Nipaporn K et al. Effectiveness of Vojta therapy on gross motor function in children with cerebral palsy at GMFCS levels 4 and 5: a randomized controlled trial. J Med Assoc Thail 2022;105:1120–6.
60. Ungureanu A et al. Balance rehabilitation approach by Bobath and Vojta methods in cerebral palsy: a pilot study. Children 2022;9:1481.

Tabelle 2: Übersicht der eingeschlossenen RCTs bei Kindern mit neurologischen Erkrankungen. Auszug aus [47] mit Ergänzungen

Autor/Studie/ Land	**Population**	**Interventions-gruppe (IG) (n)**	**Kontrollgruppe (KG) (n)**	**Endpunkte**	**Ergebnisse**	**Ergänzungen/ Anmerkungen**
Ha SY & Sung YH, 2018 [30] Südkorea	10 Kinder mit spastischer Zerebral-paresen	Vojta-Therapie (n=5) Alter: 4,80 Jahre (±1,47) 30 Minuten pro Therapieeinheit, 3 mal pro Woche über 6 Wochen	Übungen zur Stärkung der Rumpfmuskulatur und Gehtraining (n=5) Alter: 4,80 Jahre (±1,17) 30 Minuten pro Therapieeinheit, 3 mal pro Woche über 6 Wochen	Grobmotorische Funktion (Gross motor function measure, GMFM-88)	Vojta-Gruppe: signifikante Verbesserung in der Dimension Sitzen (GMFM-88) im Vorher-Nachher-Vergleich.	Kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen im Gesamt GMFM. KG: keine signifikante Verbesserung in der Dimension Sitzen (GMFM-88) im Vorher-Nachher-Vergleich Keine Angaben zur Randomisierung
Ha SY & Sung YH, 2022 [31] Südkorea	20 Kleinkinder mit einer Erbkrankheit/ Hypotonie	Vojta-Therapie (n=10) Alter: 45,00 Monate (±18,95) 30 Minuten pro Therapieeinheit, 2 mal pro Tag, 3 mal pro Woche über 6 Wochen	Übung zur Rumpfstabilisierung, Beckenkontrolle im Sitzen sowie Stärkung der unteren Extremitäten und des Gleichgewichts im Sitzen und Stehen (n=10) Alter: 51,70 Monate (±27,42) 30 Minuten pro Therapieeinheit, 2 mal pro Tag, 3 mal pro Woche über 6 Wochen	Ultraschalluntersuchung der Bauchmuskeldicke, Beurteilung der Rumpfkontrolle (Segmental Assessment of Trunk Control, SATCo) Rumpfwinkel in der Sagittalebene und Rumpfschwankung (Dartfish-Software und Videoaufzeichnung) Grobmotorische Funktion (Gross motor function measure, GMFM-88)	Hinsichtlich der Ergebnisse der Ultraschalluntersuchung waren die Bauchmuskeln in der IG post-Intervention im Vergleich zu der KG signifikant dicker. Die Änderung der Dicke (post-prä Intervention) war signifikant höher in der IG verglichen mit der KG. SATCo Rumpfwinkel prä-post Intervention: Unterschiede des Rumpfwinkels in der Sagittalebene (statische Kontrolle) signifikant größer in der IG versus KG (T3, T11, L3); Reaktive Kontrolle in der Sagittalebene gesunken in der IG vs. KG (L3, S1). In der Frontalebene ist nur S1 gesunken (IG vs. KG).	Randomisierung über versiegelte Umschläge (ungerade Zahl: IG, gerade Zahl KG) Fallzahlberechnung wurde durchgeführt.

Autor/Studie/ Land	Population	Interventions-gruppe (IG) (n)	Kontrollgruppe (KG) (n)	Endpunkte	Ergebnisse	Ergänzungen/ Anmerkungen
Kavlak E et al., 2022 [35] Türkei	23 Säuglinge und Kleinkinder (0-2 Jahre) mit Down-Syndrom	Vojta-Therapie (n=11) Alter: 10,77 Monate (±7,40) 45 Minuten Therapieeinhei-ten, 2 mal pro Woche über 6 Wochen	Bobath-Therapie (n=12) Alter: 13,50 Monate (±7,22) 45 Minuten Therapieeinheiten, 2 mal pro Woche über 6 Wochen	Grobmotorische Fähigkeiten (Alberta Infant Motor Scale (AIMS), Depression (Beck-Depressions-Inventar; Eltern),Lebensqualität (Nottingham Health Profile, Eltern)	Signifikanter Unterschied der motorischen Entwicklung in beiden Gruppen (prä-post) Keine Unterschiede im AIMS-Score zwischen den Gruppen im Vergleich von Baseline und Post-Intervention. Bei Eltern beider Gruppen wurde eine statistisch signifikante Verbesserung der Lebensqualität und Depression beobachtet. Keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen.	Keine Angaben zur Randomisierung Therapiedauer von 12 Wochen für beide Gruppen im Studienregister-eintrag NCT04536506. Fallzahlberechnung wurde durchgeführt.
Konjen N et al., 2022 [39] Thailand	24 Kinder (2-12 Jahre) mit Zerebral-parese mit GMFCS Level IV und V.	Vojta-Therapie (n=12) Alter: 7,08 Jahre (±3,17) 40 Minuten, 2 mal pro Woche über 8 Wochen Heimtraining 20 Minuten, 2 mal täglich	Funktionstraining (basierend auf motorischer Entwicklung) zur Kontrolle von Kopf, Rumpf und Extremitäten. (n=12) Alter: 7,00 Jahre (±3,17) 40 Minuten, 2 mal pro Woche über 8 Wochen Heimtraining: täglich, keine weiteren Angaben	Grobmotorische Funktion (GMFM-88): Gesamtscore sowie die Einzeldimensionen (a) Liegen und Drehen, (b) Sitzen und (c) Krabbeln Bewegungsamplitude (Range of motion, ROM): Hüft-, Knie- und Knöchelgelenke Zufriedenheit der Eltern (5-Punkt Likert-Skala)	Signifikante Verbesserung des GMFM-88 Gesamtscore in beiden Gruppen. Liegen und Drehen bei IG signifikant größere Verbesserung im Vergleich zur KG. IG signifikante Verbesserungen in Liegen, Drehen und Sitzen, aber nicht in GMFM Krabbeln. KG: Keine signifikanten Unterschiede in jeglicher Dimension im Vergleich zur Baseline, nur Verbesserung sichtbar Signifikante Verbesserung der Bewegungs-amplitude (ROM) in beiden Gruppen: Bilaterale Hüftbeugung, bilaterale Hüftstreckung, Beugung des linken Knies, bilaterale Knöchel-Dorsalflexion. Keine statistisch signifikante Verbesserungen in beiden Gruppen für bilaterale Kniestreckung und bilaterale Plantarflexion. Keine signifikanten Unterschiede in der Bewegungsamplitude (ROM) zwischen den Gruppen. Scores bzgl. der Zufriedenheit der Eltern lagen in den Gruppen bei 5 (100%).	Blockrandomisierung: zufällig generierte Nummern in versiegelten Umschlägen

Eine aktuell laufende randomisierte kontrollierte Studie (RCT) mit dem Titel „*Effects of Vojta therapy on the motor function of children with neuromotor disorders*" (NCT06092619 [42]) hat als Hauptziel, die Auswirkungen der Vojta-Therapie auf die Grobmotorik bei Kindern mit neuromotorischen Störungen zu quantifizieren. Folgende weitere Ziele werden von der Studiengruppe angegeben:

- Verständnis über die Auswirkungen der Behandlungsintensität bei Therapie im stationären Setting und bei der häuslichen Behandlung durch die Eltern (gesundheits-ökonomische Bewertung)
- Untersuchung des natürlichen Verlaufs der Entwicklungsgeschwindigkeit der Grobmotorik bei Kindern unter eineinhalb Jahren mit neuromotorischen Veränderungen.
- Vergleich der Langzeiteffekte der Vojta-Therapie auf die Grobmotorik im Vergleich zu Kindern mit konventioneller Physiotherapie[11].

In diesem RCT sollen 60 Kinder (jeweils 30 Kinder pro Studienarm) im Alter von 0 bis 36 Monaten mit der Diagnose Zerebralparese oder neuromotorischer Störung eingeschlossen werden. Die Studie wird von Januar 2024 bis Dezember 2024[12] in Spanien durchgeführt. Im Interventionsarm wird die Vojta-Therapie umgesetzt und in der Kontrollgruppe konventionelle Physiotherapie jeweils für die Dauer von 2 Monaten.

Primäre Endpunkte sind die Grobmotorik und Mobilität (gemessen mit dem „*Gross Motor Function Measure*" (GMFM)) und das motorische Verhalten des Kindes (gemessen mit dem „*Infant Motor Profile (IMP) scale*").

[11] Die Datenerhebung erfolgt über einen Zeitraum von vier Jahren ab Genehmigung durch die Central European Inititative (CEI).

[12] Ende der Datenerhebung für das primäre Outcome. Voraussichtlicher Fertigstellungstermin der Studie: Juni 2025.

4.2 Leitlinien-Empfehlungen bzgl. der Vojta-Therapie

Die Leitlinienrecherche erfolgte anhand der zehn häufigsten Diagnosen, für die das Heilmittel KG ZNS Kinder nach Vojta veranlasst wird.

Anhand der Daten des GKV-Heilmittelinformationssystems (GKV-HIS) wurden jeweils die 10 häufigsten bzw. umsatzstärksten Diagnosen für das Heilmittel KG-ZNS Kinder (Heilmittelpositionsnummer **X0709**) und KG-ZNS Erwachsene (Heilmittelpositionsnummer **X0711**) ermittelt (siehe Anhang).

4.2.1 KG-ZNS nach Vojta bei Kindern

Im Jahr 2022 wurden insgesamt 40.520.371€ für die Vojta-Therapie bei Kindern unter 18 Jahren ausgegeben. Dabei entfielen 32.459.113€ (80,1 %) auf folgende 10 Diagnosen:

- F82 Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen
- G80 Infantile Zerebralparese
- R27 Sonstige Koordinationsstörungen
- F83 Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen
- Q67 Angeborene Muskel-Skelett-Deformitäten des Kopfes, des Gesichtes, der Wirbelsäule und des Thorax
- R29 Sonstige Symptome, die das Nervensystem und das Muskel-Skelett-System betreffen
- P07 Störungen im Zusammenhang mit kurzer Schwangerschaftsdauer und niedrigem Geburtsgewicht, anderenorts nicht klassifiziert
- F84 Tief greifende Entwicklungsstörungen
- Q66 Angeborene Deformitäten der Füße
- P94 Störungen des Muskeltonus beim Neugeborenen

Von 46.138 Kindern, die die Vojta-Therapie als Heilmittel erhielten, bekamen 39.401 (85,4 %) Kinder die Vojta-Therapie aufgrund einer dieser 10 Diagnosen (siehe Anhang).

In Tabelle 3 findet sich eine Zusammenstellung von AWMF-Leitlinien, die für die oben aufgeführten Indikationen relevant sein könnten.[13]

Insgesamt wurden 9 Leitlinien identifiziert, von denen 2 nicht überprüft werden konnten, da die Veröffentlichung noch aussteht.

In der Leitlinie zur Adoleszenten Idiopathischen Skoliose [21] wird die Vojta-Therapie nur beispielshaft erwähnt (siehe Tabelle 3). Ein Empfehlungsgrad oder Angaben zum Evidenzlevel bzw. Literaturangaben liegen nicht vor.

In den verbliebenen 6 Leitlinien wird die Vojta-Therapie nicht genannt.

Gemäß der identifizierten Leitlinien zeigt sich keine Relevanz der Vojta-Therapie.

[13] Internationale Leitlinien wurden ebenfalls überprüft, da sich jedoch keine Nennung der Vojta-Therapie fand, wurden sie in diesem Dokument nicht dargestellt.

Tabelle 3: Identifizierte Leitlinien zu den zehn häufigsten Indikationen für KG-ZNS nach Vojta bei Kindern

ICD/Bezeichnung Indikationen für Vojta-Therapie	**Leitlinientitel**	**Nennung Vojta**	**Anmerkung**	**Quelle**
F82 – Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen R27 – Sonstige Koordinationsstörungen R29 – Sonstige Symptome, die das Nervensystem und das Muskel-Skelett-System betreffen	Deutsch-österreichisch-schweizerische (DACH) Versorgungsleitlinie zu Definition, Diagnostik, Behandlung und psychosozialen Aspekten bei Umschriebenen Entwicklungsstörungen-motorischer Funktionen (UEMF) **S3: 022-017**	Nein	• Gültigkeit: Bis zur nächsten Überarbeitung, spätestens bis zum 31. Mai 2025. • Siehe S. 326 Empfehlung 8 bzgl. Alter bei Diagnose „*Empfehlung 8 (GCP ++) Eine UEMF wird für gewöhnlich im Laufe des Kleinkindalters offenkundig, soll jedoch typischerweise nicht vor dem Alter von 5 Jahren diagnostiziert werden. Wenn ein Kind zwischen 3 und 5 Jahren motorische Auffälligkeiten zeigt sowie wenn angemessene Lernmöglichkeiten bestanden haben und andere Ursachen ausgeschlossen wurden (z.B. Deprivation, genetische Syndrome, neurodegenerative Erkrankungen), soll die Diagnose UEMF auf Grundlage der Ergebnisse von zumindest zwei Untersuchungen in ausreichend langen Intervallen (mindestens 3 Monate) erfolgen*.“	[27]
G80 – Infantile Zerebralparese	Neuanmeldung: Diagnostik und Therapie der unilateralen spastischen Zerebralparese **S3: 071-014**	Nicht überprüfbar	• LL noch nicht veröffentlicht • Anmeldedatum: 18.01.2021; geplante Fertigstellung: 31.12.2024	[19]
	Therapie des spastischen Syndroms **S2k: 030-078**	Nein	• Abgelaufen (gültig bis 31.10.2023)	[15]

Fortsetzung Tabelle 3

ICD/Bezeichnung Indikationen für Vojta-Therapie	**Leitlinientitel**	**Nennung Vojta**	**Anmerkung**	**Quelle**
F83 – Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen	Diagnostik von Sprach-entwicklungsstörungen (SES) unter Berücksichtigung umschriebener Sprach-entwicklungsstörungen (USES) **S3: 049 - 006**	Nicht überprüfbar	• LL noch nicht veröffentlicht • Anmeldedatum: 14.03.2022 (Art der Anmeldung: Klassen-Upgrade) • geplante Fertigstellung: 30.06.2025	[18]
Q67 – Angeborene Muskel-Skelett-Deformitäten des Kopfes, des Gesichtes, der Wirbelsäule und des Thorax	Adoleszente Idiopathische Skoliose **S2k:151-002**	Ja	• LL ab 15.03.2023 bis zur nächsten Aktualisierung gültig, die Gültigkeitsdauer wird auf 5 Jahre festgesetzt • S. 38: „*Therapieziele von Seiten der Physiotherapeuten sind die Verbesserung der Beweglichkeit von Wirbelsäule, Thorax und von sog. Schlüsselgelenken über aktive und passive Maßnahmen, die Reduzierung des Cobb-Winkels bzw. eine Verlangsamung einer Progredienz (z.B. durch derotierende und aufrichtende Übungen (z.B. bei der Schroth-Therapie)), die Optimierung der „Einstellung der Wirbelsäule“ in Richtung ihrer Längsachse über Aktivierung der autochthonen Muskulatur (z.B. bei der Therapie nach **Vojta**), die Verbesserung der Synergismen der Muskulatur an Rumpf und sog. Schlüsselgelenken in Bezug auf Koordination, Kräftigung und Dehnung in spezifischen Ausgangsstellungen, die Verbesserung der Vitalkapazität über Atemschulung, ein Ausdauertraining, die Reduzierung bzw. Vermeidung von Sekundärproblemen (Kontrakturen, Schmerzen), die Verbesserung von Körperwahrnehmung und Selbstbild sowie der Lebensqualität und die Schulung der Eigenverantwortung*:“ • keine Empfehlungen/ keine Literaturhinweise	[21]

Fortsetzung Tabelle 3

ICD/Bezeichnung Indikationen für Vojta-Therapie	Leitlinientitel	Nennung Vojta	Anmerkung	Quelle
P07 – Störungen im Zusammenhang mit kurzer Schwangerschaftsdauer und niedrigem Geburtsgewicht, anderenorts nicht klassifiziert	Sozialpädiatrische Nachsorge extrem unreifer Frühgeborener mit einem Geburtsgewicht unter 1000 Gramm **S2k: 071-013**	Nein	• LL ungültig • Erstveröffentlichung: 11/2013 Überarbeitung von: 12/2018 • Nächste Überprüfung geplant: 11/2023	[20]
F84 – Tief greifende Entwicklungsstörungen	Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter **S3: 028-047**	Nein	• Stand: 24.03.2021; gültig bis 23.03.2026	[11]
Q66 – Angeborene Deformitäten der Füße	Kindlicher Knick-Senkfuß **S2k: 187-053**	Nein	• Stand: 02.06.2022; gültig bis 01.06.2027	[17]
P94 – Störungen des Muskeltonus bei Neugeborenen	Myotone Dystrophien, nicht dystrophe Myotonien und periodische Paralysen **S1: 030-055**	Nein	• Stand: 15.12.2023; gültig bis14.12.2028	[13]

4.2.2 KG-ZNS nach Vojta bei Erwachsenen

Die Leitlinienrecherche erfolgte anhand der zehn häufigsten Diagnosen, für die das Heilmittelt KG ZNS nach Vojta für Erwachsene veranlasst wird.

Im Jahr 2022 wurden insgesamt 24.258.234€ für die Vojta-Therapie bei Erwachsenen ausgegeben. Dabei entfielen 21.607.603€ (89,1 %) auf folgende zehn Diagnosen:

- G82 Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie
- G35 Multiple Sklerose [Encephalomyelitis disseminata]
- G81 Hemiparese und Hemiplegie
- G80 Infantile Zerebralparese
- G20 Primäres Parkinson-Syndrom
- I69 Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit
- I63 Hirninfarkt
- R26 Störungen des Ganges und der Mobilität
- G71 Primäre Myopathien
- G93 Sonstige Krankheiten des Gehirns

Von 15.641 Patientinnen und Patienten, die die Vojta-Therapie als Heilmittel erhielten, bekamen 13.577 (86,8 %) die Vojta-Therapie aufgrund einer dieser zehn Diagnosen (siehe Anhang).

In Tabelle 4 findet sich eine Zusammenstellung mit AWMF-Leitlinien, die für die oben aufgeführten Indikationen relevant sein könnten. [14]

Insgesamt wurden zehn Leitlinien identifiziert. Zwei der zehn Leitlinien befinden sich in Überarbeitung und sind derzeit abgelaufen. Eine Leitlinie war nicht überprüfbar, da die Veröffentlichung noch aussteht. In zwei [10,24] der zehn Leitlinien wird die Vojta-Therapie genannt.

In der Leitlinie „*Schlaganfall*“ der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) [9,10] wird auf die Heilmittelversorgung hingewiesen und in diesem Kontext die Vojta-Therapie zusammen mit dem Bobath-Konzept und PNF aufgeführt. Es finden sich hierzu keine zusätzlichen Informationen in der Leitlinie.

Die Gültigkeit der Leitlinie „*Rehabilitation der unteren Extremität, der Steh- und Gehfunktion bei Menschen mit Querschnittlähmung*“ [24] ist abgelaufen. Die Leitlinie befindet sich derzeit in Überabeitung. Die Fertigstellung war für den 31.03.2024 geplant [23]. In der abgelaufenen Leitlinie findet sich im Abschnitt „*2.2.1 Empfehlungen: Körperfunktionen/Körperstrukturen*“ eine „kann-Empfehlung“, dass eine Pyhsiotherapie auf neurophysiologischer Basis (z.B. Bobath, Vojta, PNF) bei Patienten mit einer Querschnittlähmung (QSL) durchgeführt werden kann. Die Entscheidung basiert auf einer mehrheitlichen Zustimmung der Experten. Es finden sich keine weiteren Angaben zur Evidenz oder Literatur.

Gemäß der identifizierten Leitlinien zeigt sich keine Relevanz der Vojta-Therapie.

[14] Internationale Leitlinien wurden ebenfalls überprüft, da sich jedoch keine Nennung der Vojta-Therapie fand, wurden sie in diesem Dokument nicht dargestellt.

Tabelle 4: Identifizierte Leitlinien zu den zehn häufigsten Indikationen für KG-ZNS nach Vojta für Erwachsene

ICD/Bezeichnung Indikationen für Vojta-Therapie	**Leitlinientitel**	**Nennung Vojta**	**Anmerkung**	**Quelle**
G82 – Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie	Rehabilitation der unteren Extremität, der Steh- und Gehfunktion bei Menschen mit Querschnittlähmung **S2e: 179-009**	Ja	• Gültigkeit der Leitlinie abgelaufen, LL wird überarbeitet • Anmeldedatum: 24.02.2023, Geplante Fertigstellung: 31.03.2024 • Auszug aus der abgelaufenen LL S. 10 „2.2.1 Empfehlungen: Körperfunktionen/Körperstrukturen“: Physiotherapie auf neurophysiologischer Basis (mit dem Hauptziel Tonusregulation und den Begleitzielen Förderung der Beweglichkeit und Koordination und motorisches Lernen „*Physiotherapeutische Behandlungsverfahren auf neurophysiologischer Basis (z.B. Bobath, Vojta, PNF) können bei Patienten mit einer QSL durchgeführt werden*.“ GoR: Mehrheitliche Zustimmung: Zustimmung von > 50 – 75 % der Teilnehmer, LoE: Level III (kann-Empfehlung) keine Literaturangaben	[23,24]
	Verbesserung der Funktionsfähigkeit der oberen Extremitäten bei zervikaler Querschnittlähmung **S2e: 179-013**	Nein	• Stand: 30.06.2020, gültig bis 29.06.2025	[25]
	Lebenslange Nachsorge für Menschen mit Querschnittlähmung **S2k: 179-014**	Nein	• Stand: 02.12.2022, gültig bis 01.12.2027	[22]

Fortsetzung Tabelle 4

ICD/Bezeichnung Indikationen für Vojta-Therapie	**Leitlinientitel**	**Nennung Vojta**	**Anmerkung**	**Quelle**
G35 – Multiple Sklerose [Encephalomyelitis disseminata]	Diagnose und Therapie der Multiplen Sklerose, Neuromyelitis Optica Spektrum und MOG-IgG-assoziierte Erkrankungen - Living Guideline **S2k: 030-050**	Nein	Stand: 30.11.2023; gültig bis 30.11.2024	[12]
G81 – Hemiparese und Hemiplegie	Rehabilitative Therapie bei Armparese nach Schlaganfall **S3: 080-001**	Nein	• Stand: 23.04.2020, gültig bis 22.04.2025 • Physiotherapie nach Bobath und Kabat werden genannt, ohne weitere Angaben.	[16]
G81 – Hemiparese und Hemiplegie	DEGAM Schlaganfall **S3: 053-011**	Ja	• Stand: 29.02.2020, gültig bis 28.02.2025 • Verweis auf die Heilmittelrichtlinie: S. 104 Abschnitt 6.1.4 Heilmittelversorgung „*Physiotherapie kann im Rahmen der GKV in Form von allgemeiner KG oder KG-ZNS (nach Bobath, Vojta oder PNF) unter dem Indikationsschlüssel ZN2 (ZNS-Erkrankungen einschl. des Rückenmarks nach Vollendung des 18. Lebensjahrs) verordnet werden*.“ • Keine Empfehlungen (GoR; LoE) oder Literaturangaben bzgl. der Vojta-Therapie	[9,10]
I69 – Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit			• S. 12: Schlaganfall ist wichtigstes Krankheitsbild bei zerebrovaskulären Erkrankung (ICD-10: I60-I69)	
I63 – Hirninfarkt				

Fortsetzung Tabelle 4

ICD/Bezeichnung Indikationen für Vojta-Therapie	**Leitlinientitel**	**Nennung Vojta**	• **Anmerkung**	**Quelle**
G80 – infantile Zerebralparese	Neuanmeldung: Diagnostik und Therapie der unilateralen spastischen Zerebralparese **S3: 071-014**	Nicht überprüfbar	• LL noch nicht veröffentlicht • Anmeldedatum: 18.01.2021; geplante Fertigstellung: 31.12.2024	[19]
	Therapie des spastischen Syndroms **S2k: 030-078**	Nein	• Abgelaufen; gültig bis 31.10.2023	[15]
G20 – Primäres Parkinson-Syndrom	Parkinson-Krankheit **S2k: 030-010**	Nein	• Stand: 25.10.2023; gültig bis 24.10.2028	[14]
G71 – Primäre Myopathien	Myotone Dystrophien, nicht dystrophe Myotonien und periodische Paralysen **S1: 030-055**	Nein	• Stand: 15.12.2023; gültig bis14.12.2028	[13]
R26 – Störungen des Ganges und der Mobilität	Es konnte keine spezifische Leitlinie identifiziert werden.			
G93 – Sonstige Krankheiten des Gehirns	Es konnte keine spezifische Leitlinie identifiziert werden.			

4.3 Wirkprinzip

Die Gesellschaft für Neuropädiatrie (GNP) und die Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ) veröffentlichten im Jahr 2004 eine Stellungnahme mit dem Titel *„Physiotherapie auf neurophysiologischer Grundlage nach Bobath und Vojta bei Kindern mit zerebralen Bewegungsstörungen (unter besonderer Berücksichtigung von infantilen Zerebralparesen)“* [26].

Das Konzept der *„krankengymnastischen Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage*“ beruhte auf der Hypothese, dass über passive und aktive Bewegungsabläufe und über Änderungen der Körperhaltung die Zentren der motorischen Steuerung im Gehirn nachhaltig beeinflusst werden könnten, um die Entstehung abnormer Bewegungsabläufe zu verhindern oder zu vermindern. Auf dieser Basis wurden die Therapien nach Vojta und Bobath entwickelt und besonders bei Kindern mit Zerebralparese angewendet. Es wurde angenommen, dass die Reifung des ZNS genetisch determiniert ist und die motorische Kontrolle auf einem hierarchisch geordneten System basiert, d. h. es gibt eine bestimmte Reihenfolge von motorischen Entwicklungsschritten. Sowohl in der Vojta-Therapie als auch in der Bobath-Therapie wird davon ausgegangen, dass durch eine frühzeitig beginnende Behandlung bei infantiler Zerebralparese eine noch nicht ausgeprägte Symptomatik beeinflussbar ist.

Die GNP und die DGSPJ konstatieren [26], dass die theoretischen Grundlagen der *„Physiotherapie auf neurophysiologischer Grundlage*“ nicht mehr haltbar sind, da sich die Vorstellungen zur Steuerung der Motorik und psychomotorischen Entwicklung gewandelt haben.

Vojta geht davon aus, dass es *„Koordinationskomplexe*“[15] gäbe: über Provokation lassen sich komplexe Reaktionsmuster hervorrufen. *„Nach dem heutigen Verständnis ist es kaum vorstellbar, dass die repetitive Auslösung von Koordinationskomplexen weitergehende Auswirkungen hat als auf die Biomechanik[16] und/oder die Regelkreise des ‚peripheren‘ Muskelskelettsystems (zweites motorisches Neuron).“* [26] Die Wirksamkeit einer Therapie, die nur auf Funktionsstörungen (impairment) ausgerichtet ist, kann nach Auffassung der GNP und DGSPJ nicht effektiv sein. Dies betrifft ebenso die Bobath-Therapie, wobei angemerkt wurde, dass die Gestaltung der Therapie nach Bobath zunehmend dynamischer umgesetzt wird, d. h. mit alltagsnahen und funktionell orientierten Bewegungsabfolgen. Unabhängig von der Form sollte die Behandlung von Kindern mit Zerebralparese in ein Gesamtkonzept[17] eingebunden sein.

Insgesamt kommen die GNP und die DGSPJ – trotz fehlender Evaluationsstudien[18] und einer nicht mehr zeitgemäßen Vorstellung zum zugrundeliegenden Wirkprinzip – zu dem Schluss, dass beide Therapieformen wichtige Anstöße zur motorischen Entwicklung geben könnten und eine Verringerung von Folgeschäden erreicht werden könnten.

Die Ärzte der Gemeinsamen Konferenz der deutschen Bobath-Kurse (G.K.B.) veröffentlichten im Jahre 2006 Anmerkungen und Ergänzungen [49] zu der oben genannten Stellungnahme. Darin wird u. a. angemerkt, dass *„die neurophysiologischen Zusammenhänge und Wirkmechanismen der einzelnen Therapieverfahren bis heute nicht genau verstanden sind*“.

[15] Dafür soll ein zentraler Mustergenerator (CPG) verantwortlich sein.

[16] *Veränderungen von Muskelspannung, Gelenkbeweglichkeit und Eigenaktivität aufgrund von Muskelaufbau und erhöhter Muskelkraft*

[17] Multimodales Therapiekonzept

[18] Stand: 2004

Die G.K.B. merkt zur Forderung eines Gesamtkonzeptes jedoch an, dass durch Einbettung der modifizierten Bobath-Therapie in ein multimodales Konzept der Nachweis eines Effektes der Einzeltherapie kaum möglich sein wird.

Eine Stellungnahme seitens der Vojta-Gesellschaft zur Stellungnahme der GNP und DGSPJ [26] wurde nicht gefunden.

In einem narrativen Review von Ha et al. (2023) [29] wird der Wirkmechanismus, der bei der Vojta-Therapie zum Tragen kommt, grafisch dargestellt (siehe Abbildung 6). Ha et al. geben vier mögliche Mechanismen an, nach denen die Stimulierung der Auslösezonen beim Reflexkriechen die Aktivierung des Hirnstammes bewirken könnte:

1. Über die Auswirkung auf den Pontomedullären Formatio reticularis (PMRF) beeinflusst das Reflexkriechen den Gang.
2. Das Reflexkriechen beeinflusst die Haltungskontrolle über die vier Hirnnervenkerne.
3. Die Aktivierung des PMRF und des vestibulospinalen Systems (vestibulospinal nuclei of the brainstem) beeinflusst die Haltungskontrolle und Lokomotion.
4. Die Aktivierung des Hirnstamms wirkt sich auf den zentralen Mustergeber (CPG) und propriospinale Neuronen zur Aktivierung der Wechselbewegung.

Dies müsste gemäß der Autoren jedoch abschließend in Studien überprüft werden.

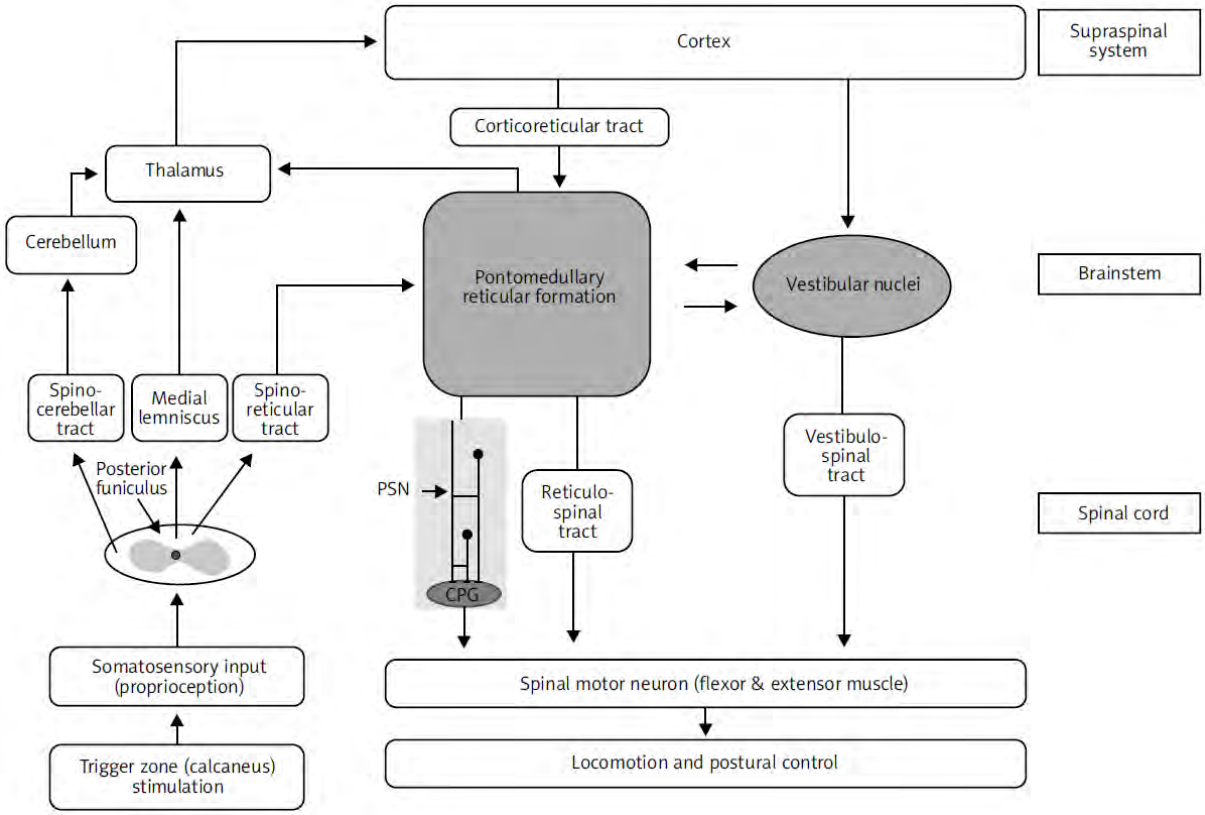


Abbildung 6: Mechanismen im Hirnstamm und im Rückenmark beim Reflexkriechen in der Vojta-Therapie nach Ha (2023) [29]

4.4 Einordnung im Vergleich zu anderen Therapien

Die Arbeitsgruppe Novak et al. [43] stellt in ihrer Publikation mit dem Titel „*State of the evidence traffic lights 2019: systematic review of interventions for preventing and treating children with cerebral palsy*“ die aktuelle Evidenz zur Prävention und Behandlung von Kindern mit Zerebralparese vor, mit dem Ziel, eine Übersicht und Unterstützung für die Entscheidungsfindung für Kliniker, Familien und politische Entscheidungsträger zu bieten. Dieser systematische Review ist eine Fortführung eines Reviews aus dem Jahr 2013[19] und stellt methodisch einen Review von systematischen Reviews dar. Die Literaturrecherche wurde für den Zeitraum von 2012 bis 2019 in verschiedenen Datenbanken (u. a. CINAHL, Cochrane Database of Systematic Reviews, EMBASE, ERIC, PubMED, PsychINFO, MEDLINE) durchgeführt. Zusätzlich zu systematischen Reviews wurde nach RCTs gesucht, die nach dem letzten systematischen Review veröffentlicht wurden. Über GRADE erfolgte eine Bewertung der Qualität der Evidenz und der Empfehlungsstärke (siehe Anhang).

Außerdem wurde das „*Evidence Alert Traffic Light System*“ mit einer dreistufigen Ampel verwendet: dabei zeigt „*grün*“ das Vorliegen hochwertiger Evidenz aus RCTs und systematischen Reviews für eine Wirksamkeit der jeweiligen Intervention an. „*Rot*“ zeigt an, dass hochwertige Belege aus RCTs und systematischen Reviews vorliegt, die auf Unwirksamkeit oder Schaden der jeweiligen Intervention hinweisen. „*Gelb*“ deutet auf unbekannte Auswirkungen, unklare oder widersprüchliche Ergebnisse hin. In den Abbildungen 7 und 8 findet sich die grafische Ergebnisdarstellung: In den Kreisen steht die Bezeichnung der jeweiligen Intervention und das Outcome. Die Lage der Kreise in Richtung der Ordinate zeigt den Empfehlungsgrad an. Die Größe der Kreise gibt die Anzahl der berücksichtigten RCTs an. In die Evidenzbasis für Interventionen zur Behandlung wurden Studien an Kindern mit Zerebralparese aufgenommen (mindestens 25 % der Kinder hatte die Diagnose Zerebralparese) und für präventive Interventionen wurden Studien an schwangeren Müttern und Neugeborenen aufgenommen. Sowohl Interventionen zur Prävention (antenatal und neonatal) von Zerebralparesen als auch Interventionen zur Behandlung (u. a. medikamentös, operativ) von Zerebralparesen wurden in diesem Review systematisch zusammengetragen und bewertet.

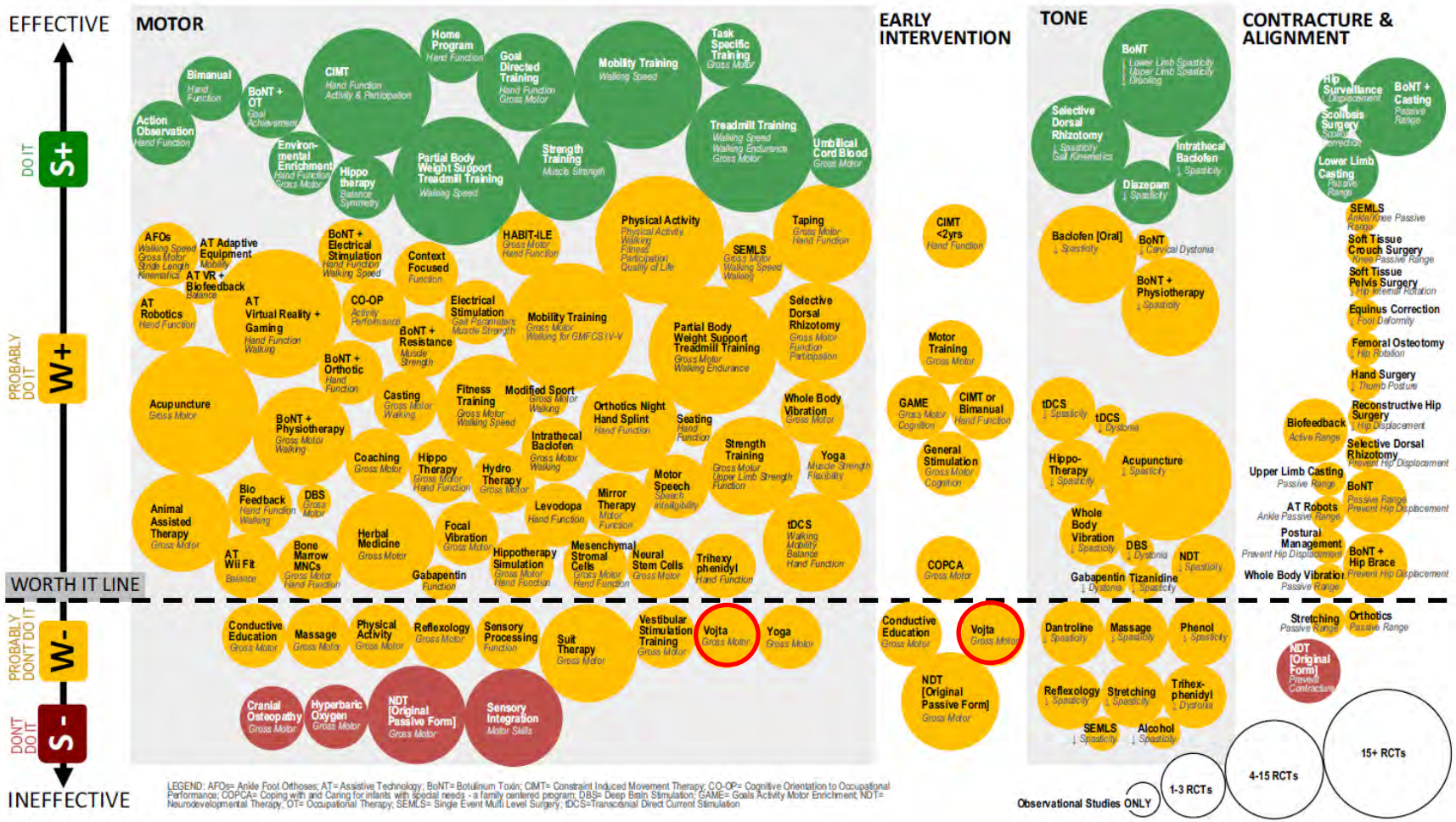
Die Autorengruppe identifizierte 182 Interventionen. Dazu wurden 247 Publikationen eingeschlossen. Die Vojta-Therapie findet sich in den Bereichen Motorik, frühe Interventionen und die Lunge betreffende Interventionen (siehe Abbildungen 8 und 9).

<u>Motorik</u>

Auf Basis von zwei systematischen Reviews [245, 246] und einem RCT [244] wird die Vojta-Therapie als wahrscheinlich unwirksam für die Verbesserung der motorischen Fähigkeiten eingestuft (siehe Anhang: Ergebnistabelle inkl. GRADE-Bewertung). In der Grafik zum Evidence Alert System findet sich die Vojta-Therapie direkt unterhalb der „*worth it line*“ mit einer Empfehlung diese Therapie nicht durchzuführen (probably don‘t do it) (siehe Abbildung 7; Vojta-Therapie: rot markiert).

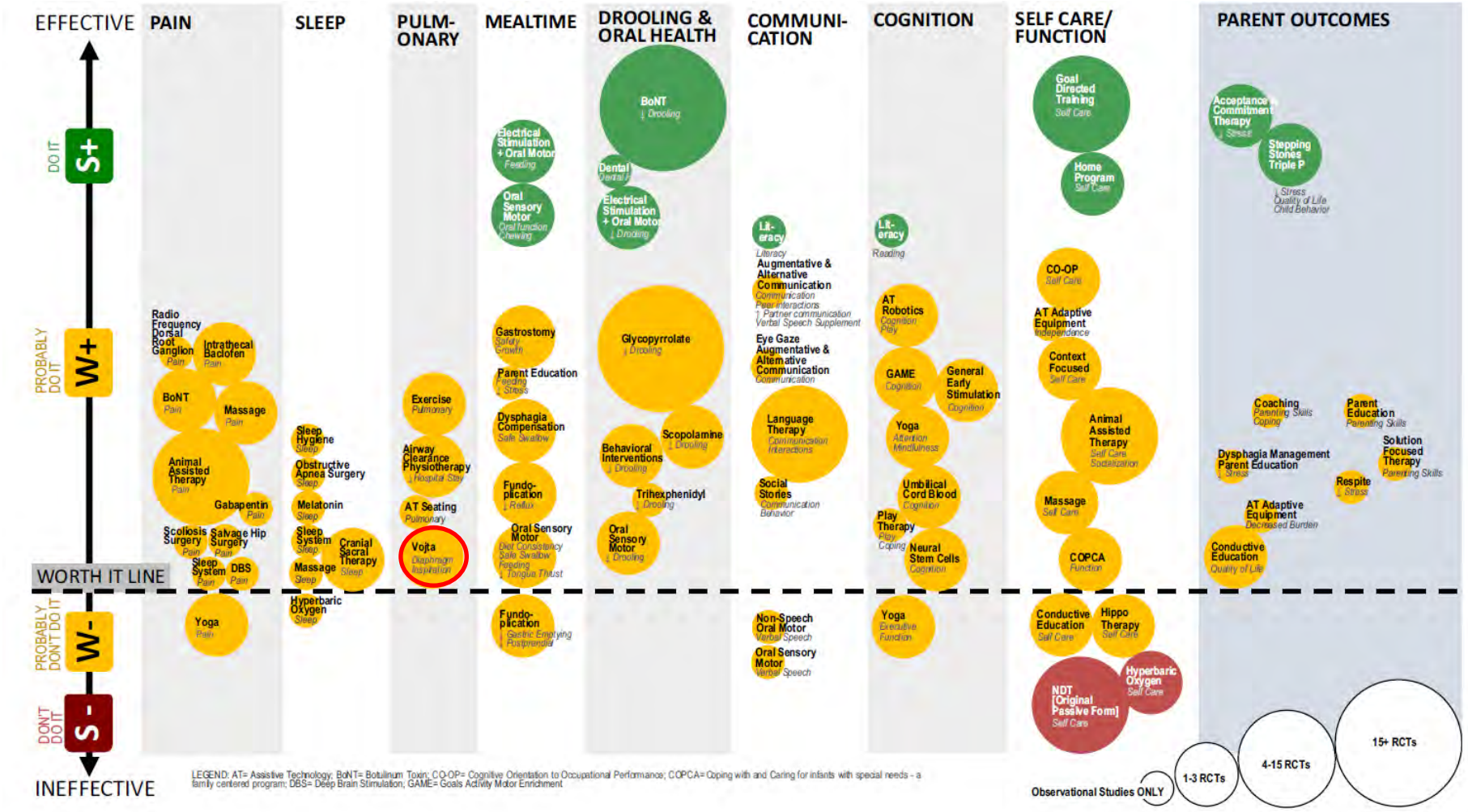
244. Ha SY, Sung YH. Effects of Vojta approach on diaphragm movement in children with spastic cerebral palsy. J Exerc Rehabil 2018;14(6):1005–9.
245. Franki I et al. The evidence-base for basic physical therapy techniques targeting lower limb function in children with cerebral palsy: a systematic review using the International Classification of Functioning, Disability and Health as a conceptual framework. J Rehabil Med(Stiftelsen Rehabiliteringsinformation) 2012;44(5): 385–95.
246. Myrhaug HT et al. Intensive training of motor function and functional skills among young children with cerebral palsy: a systematic review and metaanalysis. BMC Pediatr 2014;14:292

[19] Novak I et al. A systematic review of interventions for children with cerebral palsy: state of the evidence. Dev Med Child Neurol 2013;55(10):885-910.



Evidence Alert System. AFOs ankle-foot orthoses, AT assistive technology, BoNT botulinum toxin, CIMTconstraint-induced movement therapy, CO-OP cognitive orientation to occupational performance, COPCA coping with and caring for infants with special needs—a family centered program, DBS deep brain stimulation, GAME goals activity motor enrichment, NDT neurodevelopmental therapy, OT occupational therapy, SEMLS single-event multi-level surgery, tDCS transcranial direct current stimulation

Abbildung 7: Evidence Alert System: Motorik, frühe Intervention, Muskeltonus, Kontrakturen und Alignment [43]



Evidence Alert System. AFOs ankle-foot orthoses, AT assistive technology, BoNT botulinum toxin, CIMTconstraint-induced movement therapy, CO-OP cognitive orientation to occupational performance, COPCA coping with and caring for infants with special needs—a family centered program, DBS deep brain stimulation, GAME goals activity motor enrichment, NDT neurodevelopmental therapy, OT occupational therapy, SEMLS single-event multi-level surgery, tDCS transcranial direct current stimulation

Abbildung 8: Evidence Alert System: Schmerz, Schlaf, die Lunge betreffend u. a. m. [43]

Frühe Intervention

Die Bewertung der Vojta-Therapie im Bereich der frühen Interventionen basiert auf zwei systematischen Reviews [79, 80]. Die Vojta-Therapie scheint für Säuglinge mit Zerebralparese unwirksam in Bezug auf eine Verbesserung der Bewegungsfähigkeiten zu sein (siehe Anhang: Ergebnistabelle inkl. GRADE-Bewertung). In der Grafik zum Evidence Alert System findet sich die Vojta-Therapie direkt unterhalb der „*worth it line*“ mit einer Empfehlung diese Therapie nicht durchzuführen (probably don‘t do it) (siehe Abbildung 7; Vojta-Therapie: rot markiert).

79. Morgan C et al. Effectiveness of motor interventions in infants with cerebral palsy: a systematic review. Dev Med Child Neurol. 2016;58(9):900–9.
80. Hadders-Algra M et al. Effect of early intervention in infants at very high risk of cerebral palsy: a systematic review. Dev Med Child Neurol. 2017;59(3):246–58.

Die Lunge betreffend (pulmonary)

Für die Bewertung der Vojta-Therapie in Bezug auf die Zwerchfellbewegung bei Kindern mit Zerebralparese lag ein RCT [244] vor, der zu einer schwachen Empfehlung nach GRADE-Bewertung führte (siehe Anhang: Ergebnistabelle inkl. GRADE-Bewertung). In der Grafik zum Evidence Alert System findet sich die Vojta-Therapie direkt oberhalb der „*worth it line*“ (probably do it) (siehe Abbildung 8; Vojta-Therapie: rot markiert).

244. Ha SY, Sung YH. Effects of Vojta approach on diaphragm movement in children with spastic cerebral palsy. J Exerc Rehabil. 2018;14(6):1005–9.

Die Bobath-Therapie (NDT) wurde in dem systematischen Review nur in der originalen passiven Form berücksichtigt. Mittlerweile wurde die Bobath-Therapie weiterentwickelt und wird in einer dynamischeren Form umgesetzt [26].

Die Autorengruppe fand für einen Teil der Interventionen, die zur Prävention oder Behandlung von Kindern mit Zerebralparese eingesetzt werden, Evidenz, auf deren Basis eine Empfehlung für oder gegen die jeweilige Intervention abgegeben wurde.

Für einen Großteil der aufgeführten Interventionen, die für die Behandlung von Kindern mit Zerebralparese eingesetzt werden, fehlt es an Evidenz[20], so dass die Autoren hierzu Forschungsbedarf sehen, um die Entscheidungsfindung von betroffenen Familien und Ärzten zu verbessern.

Der Review von Nowak et al. (2020) [43] zeigt die Vielfalt der Interventionen auf, die bei Kindern mit Zerebralparese eingesetzt werden. Der Review ermöglicht keine Nutzenbewertung der Vojta-Therapie, kann aber als Orientierung zur Bedeutung der Vojta-Behandlung im Vergleich zu anderen Therapieoptionen dienen.

[20] Grafisch im Evidence Alert System als gelb-unterlegte Kreise erkennbar.

4.5 Komplikationen, physische oder psychische Folgen im Zusammenhang mit der Vojta-Therapie

Beetz und Jüngst [3] publizierten 1983 die Ergebnisse einer Untersuchung bzgl. der Auswirkung der Vojta-Therapie auf den Blutdruck und Puls von 20 Säuglingen im Alter von 7 Wochen (Altersmedian). Alle Säuglinge wiesen eine Indikation für die Behandlung nach Vojta auf. Blutdruck und Puls wurden beim Reflexumdrehen, Reflexstützen[21] und Reflexkriechen[22] gemessen. Während der Therapie stieg der systolische Blutdruck beim Reflexumdrehen um durchschnittlich 60 mmHg im Vergleich zum Ausgangswert unter Ruhebedingungen. Beim Reflexstützen betrug die Steigerung 50 mmHg im Vergleich zum Wert in Ruhe. Der Anstieg des Blutdrucks beim Reflexkriechen war vergleichbar mit dem Blutdruckanstieg beim Schreien der Säuglinge aufgrund einer routinemäßigen Blutabnahme. Sowohl beim Schreien, als auch bei der Vojta-Therapie zeigte sich ein vergleichbarer Anstieg der Pulsfrequenzen. Aufgrund der beobachteten Kreislaufbelastung im Rahmen der Vojta-Therapie benennen die Autoren als Kontraindikationen für die Behandlung von Säuglingen „*kardiovaskuläre Erkrankungen wie Herzfehler, Herzinsuffizienz, arterielle Hypertonie, zerebrale Mißbildungen oder ernste Rhythmusstörungen*“.

Eine Untersuchung an 35 Kindern mit mittel bis schweren zentralen Koordinationsstörungen zeigte, dass die Vojta-Therapie einen Einfluss auf den Cortisollevel hat [36]. Das Cortisol im Speichel wurde vor der Behandlung, direkt danach und nochmals 20 Minuten nach Beendigung der Therapie gemessen. Der Cortisolgehalt wurde über Flüssigkeitschromatographie mit Tandemmassenspektrometrie bestimmt. Der Cortisolgehalt direkt im Anschluss an die Vojta-Therapie lag deutlich über dem Wert, der vor der Therapie gemessen wurde. Anschließend sank der Cortisolgehalt und erreichte zum Zeitpunkt 20 Minuten nach der Behandlung Werte wie vor der Therapie.

Nach erfolgreicher Behandlung von Kopfgelenk- und ISG-Blockierung bei sogenannten „schiefen Säuglingen“ wurden bei gleichzeitiger Krankengymnastik nach Vojta oder Bobath Blockierungsrezidive beobachtet [8]. Aufgrund empirischer Beobachtungen wird darauf hingewiesen, dass auf eine gleichzeitige Behandlung mit manueller Therapie und Krankengymnastik verzichtet bzw. die Krankengymnastik zeitweise ausgesetzt werden sollte, um eine solche Interaktion zu vermeiden [8].

Schwere Komplikationen

Im Zusammenhang mit der Vojta-Therapie wurde im Jahr 2001 von einem Todesfall im Behandlungsverlauf berichtet. Jacobi et al. [33,34] beschrieben den Fall eines 3-monatigen weiblichen Säuglings, der aufgrund einer *allgemeinen muskulären Hypotonie mit Rechtsüberwiegen* und *funktionellem Schiefhals mit erhöhtem Muskeltonus des rechten Kopfwendemuskels* eine krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage verordnet bekam. Bereits während der ersten therapeutischen Sitzung mit der Vojta-Therapie kam es zu Komplikationen, in deren Verlauf das Mädchen schließlich verstarb. Während der 10-minütigen Vojta-Therapie wehrte sich das Mädchen heftig, schrie anhaltend und schwitzte. Als ursächlich für das Versterben wurde von der Autorengruppe eine Rotation und gleichzeitige Reklination des Kopfes, die zu einer Durchflussminderung in beiden Aorten vertebralis führten, genannt [33].

[21] Zitat: „*Beim Reflexstützen wurde die Ausgangsstellung des Gesichtsarmes um 15 Grad in Abduktionsstellung verändert*.“

[22] Beim Reflexkriechen erfolgte die Blutdruckmessung am Ende der Übung.

Als Reaktion auf die Publikationen von Jacobi et al. [33,34] wurde von Vojta-Therapeutinnen und -Therapeuten darauf hingewiesen, dass im Rahmen der Vojta-Therapie keine Rotation mit gleichzeitiger Reklination durchgeführt werden soll (Leserbriefe [1,46]).

Der oben beschriebene Fall wurde zusammen mit einer zweiten Kasuistik rechtsmedizinisch aufgearbeitet und von Saternus et al. [48] unter dem Titel „*Traumatologie der A. vertebralis beim Säugling. Gefahren durch Krankengymnastik nach Vojta und durch Manualtherapie?*“ im Jahr 2011 erneut thematisiert[23].

In dem Buch „*Das Kind in der Vojta-Therapie. Praxisbegleiter für Eltern und Therapeuten*“ [44] werden folgende Punkte bzgl. der Arbeit im Übergangsbereich von Halswirbelsäule und Kopf aufgeführt:

- *„Achten Sie deshalb besonders auf einen dosierten Widerstand gegen die Kopfdrehung.*
- *Denken Sie an die zum Gehirn führenden Gefäße!*
- *Achten Sie darauf, dass der Kopf nicht in eine Seitenneigung abweicht.*
- *Ist zu Beginn der Aktivierung eine Seitneigung vorhanden, führen Sie ggf. den Kopf während der Aktivierung bis er sich in die Körperlängsachse eingestellt hat und setzen erst dann den Widerstand ein.“*

Weitere Publikationen, in denen Komplikationen oder unerwünschte schwere Nebenwirkungen der Vojta-Therapie berichtet werden, wurden nicht identifiziert.

Schmerzen und Weinen

In Hinblick auf Nebenwirkungen, die direkt während der Behandlung mit der Vojta-Therapie auftreten können, wird in der Literatur vornehmlich das Weinen bzw. Schreien bei Säuglingen/Kindern thematisiert. Von Vojta-Therapeutinnen und -Therapeuten wird angemerkt, dass die Vojta-Therapie schmerzfrei sei. Schmerzen würden den Anpassungsvorgang, die Wahrnehmung des sensomotorischen Musters und dessen positives Feedback zum ZNS stören [44].

Allerdings können bei bewegungsgestörten Patientinnen und Patienten – auch schon bei Kindern und Säuglingen –das Schmerzempfinden und die Wahrnehmung der Reize verändert sein. Im Rahmen der Behandlung können größere Kinder und Erwachsene nach ihrem Empfinden befragt werden und die Therapeutin/der Therapeut kann dementsprechend die Druck- und Dehnungsreize entsprechend anpassen [44].

Giannantonio et al. (2010) [28] untersuchten 34 Neugeborene mit Lungenerkrankungen, bei denen das Reflexrollen nach Vojta durchgeführt wurde. Zum Monitoring von Stress oder Schmerzen setzte die Arbeitsgruppe die Neonatal Infant Pain Scale (NIPS) und das Premature Infant Pain Profile (PIPP) ein. Während der Therapie zeigten sich keine Zeichen von Stress oder Schmerzen bei den Frühgeborenen. Dies ist die einzige Arbeit, die gefunden wurde, bei der Instrumente für die Messung von Schmerzen oder Stress bei der Vojta-Therapie eingesetzt wurden.

Das Weinen der Säuglinge wird von den Vojta-Therapeutinnen und - Therapeuten nicht als Schmerzindikator angesehen, sondern wird als Reaktion auf die harte körperliche Arbeit und als Drang sich gegen einen Widerstand bewegen zu wollen, interpretiert [2]. Unklar ist, ob das Weinen/Schreien durch die ungewohnte Aktivierung, die minutenlange Fixierung, den Druck auf die Auslösezonen oder aufgrund der resultierenden Anstrengung ausgelöst wird [45].

[23] Siehe STN der FBMed vom 04.08.2023 mit dem Titel: „*Darstellung subjektiver Erfahrungen und Zusammenfassung der Hinweise bzgl. negativer Effekte durch die Behandlung mit der Vojta-Therapie*“

Psychische Auswirkungen der Vojta-Therapie auf frühbehandelte Kinder

Im Rahmen einer Nachbeobachtung wurden die Auswirkungen der Vojta-Therapie auf die geistige Entwicklung, das Verhalten und auf die Eltern-Kind-Beziehung[24] bei Kindern im Alter von 4 bis 6 Jahren untersucht [54,55]. Von Januar 1969 bis Ende September 1971 wurden 394 Kinder mit Verdacht einer zentralen Koordinationsstörung oder einer zentralen Tonuserhöhung an der Orthopädischen Universitäts-Klinik Köln neurologisch von Dr. Vojta untersucht. Anhand der Lagereflexe galten 149 Kinder als unauffällig und wurden nicht behandelt. Von 245 Kindern mit pathologischen Befunden wurden 207 Kinder mit der Vojta-Therapie behandelt. Bei 38 Kindern wurde die Behandlung abgebrochen. Der Median des Behandlungsbeginns lag bei 3,5 Monaten [Spanne: 1 bis 10 Monate]. Nach einer medianen Behandlungsdauer von 7 Monaten [Spanne 1 bis 19 Monate] wurden 199 Kinder mit einem „normalen motorischen und mentalen Entwicklungsstand“ entlassen. Über ein Anschreiben konnten die Eltern von 89 Kindern (45 %) für eine Nachuntersuchung erreicht werden: 88 Kinder[25] (44 Jungen und 44 Mädchen; Altersmedian 4,1 Jahre) wurden im Februar und März 1975 untersucht. Eine Vergleichsgruppe wurde aus unbehandelten und unauffälligen Kindergartenkindern gleichen Alters (Altersmedian 4,1 Jahre), Geschlecht (44 Jungen und 44 Mädchen) und Sozialstatus rekrutiert [54].

Eine Vielzahl an Fragestellungen und Hypothesen wurden anhand von medizinischen[26], motoskopischen[27] und psychologischen[28] Untersuchungen bearbeitet, die in der Dissertation von Thiesen-Hutter (1982) [54] dargestellt wurden.

Für die psychologisch-diagnostische Untersuchung der Kinder wurden das Leistungsniveau und die Leistungsfähigkeit mit der Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence (WPPSI), dem Frostig-Entwicklungstest der visuellen Wahrnehmung (FEW) und dem Mann-Zeichen-Test erhoben. Die Erhebung fand in Abwesenheit der Eltern statt.

Im Rahmen von standardisierten Elterninterviews[29] wurden die Eltern u.a. zum Sozial- und Kontaktverhalten, Aggressionen, Autoaggressionen, Konzentration und Belastbarkeit, Selbstständigkeit, Sprache und neurotische Zeichen (Ticks, Schwindel, Weglaufen) ihrer Kinder befragt.

Im Ergebnis zeigte sich, dass Kinder, die nach Vojta behandelt wurden, mehr Verhaltensauffälligkeiten zeigten, als die Kinder der Vergleichsgruppe:

- motorische Aktivität der frühbehandelten Kinder ist höher als bei der Vergleichsgruppe (signifikanter Gruppenunterschied; Bias nicht ausgeschlossen)
- kognitiver Bereich:
  - Perzeptionsstörungen im visuellen Bereich (FEW) höher,
  - Körpervorstellungsfähigkeiten (Mann-Zeichen-Test) niedriger bei frühbehandelten Kindern als bei der Vergleichsgruppe
  - Teillleistungsschwächen in der WPPSI
  - Überlegenheit der frühbehandelten Kinder im Bereich „Gemeinsamkeiten Finden“ der WPPSI, allerdings mehr Artikulationsschwächen und Dysgrammatismen

[24] Siehe Unterkapitel 4.6

[25] Ein Junge wurde aufgrund geistiger Behinderung ausgeschlossen.

[26] Dauer der medizinischen/pädiatrischen Untersuchung: ca. 1,5 bis 2 Stunden

[27] Dauer der motoskopischen Untersuchung: ca. 0,5 Stunden. Die Untersuchung erfolgt durch eine Krankengymnastin)

[28] Dauer der psychologisch-diagnostischen Untersuchung; ca. 2 Stunden

[29] Dauer der Elterninterviews: ca. 1 Stunde

Die neuromotorischen und kognitiven Auffälligkeiten frühbehandelter Kinder werden in Zusammenhang mit den hirnorganischen Störungen gesehen. „*Im Gegensatz zu den verschiedensten emotionalen Argumenten um eine Traumatisierung der Kinder durch die Neurophysiotherapie Vojtas unterscheiden sich die frühbehandelten symptomatischen Risikokinder im Alter von 4 bis 7 Jahren nicht von bisher unauffälligen Vorschulkindern, den Berichten der Eltern zu Folge*." [54]

Anzumerken ist, dass die dargestellte Dissertation methodische Mängel und Ungenauigkeiten aufweist. Die Ergebnisse sind dementsprechend nur bedingt belastbar.

Obwohl es Einzelfallberichte und Veröffentlichungen zu unerwünschten Nebenwirkungen (z. B. Weinen/Schreien) gibt, wurde keine weitere wissenschaftliche Beschreibung oder systematische Aufarbeitung negativer physischer oder psychischer Auswirkungen/Spätfolgen der Vojta-Therapie im Rahmen der umfangreichen Literaturrecherche identifiziert.

4.6 Eltern-Kind-Beziehung

Im Rahmen der Durchführung der Vojta-Therapie übernehmen die Eltern – meist die Mütter – einen wesentlichen Anteil an der Behandlung ihres Kindes. In dem Buch „*Das Kind in der Vojta-Therapie. Praxisbegleiter für Eltern und Therapeuten*" [44] wird explizit auf die Bedeutung der interfamiliären Verhältnisse hingewiesen: „*Die Qualität der Anwendung der Vojta-Therapie hängt nicht zuletzt vom Verhältnis des Kindes zur Bezugsperson ab. Die Vojta-Therapie kann nicht empfohlen werden, wenn Anzeichen auf eine gravierende Störung dieser Beziehung bestehen*." Weitere Ausführungen, wie eine „gravierende Störung" definiert ist bzw. wie diese erhoben werden kann und wann dies geschehen soll (z. B. vor oder während der Therapie), finden sich nicht [44].

Die Therapeutin/der Therapeut leitet die Eltern oder die Bezugsperson an, die Vojta-Therapie eigenständig durchzuführen und bestimmt die Dauer und Häufigkeit der Anwendung individuell für den betroffenen Säugling bzw. die betroffene Person. Dabei sollten die folgenden reinen Behandlungszeiten nicht überschritten werden [44]:

- *„Bei Neugeborenen und Frühgeborenen können schon 1-2 Minuten ausreichend sein.*
- *Beim Säugling bis 4 Wochen: 5-6 Minuten*
- *Beim Säugling nach 4 Wochen: 10-12 Minuten*
- *Beim Kleinkind: 15-20 Minuten*
- *Beim Schulkind, Jugendlichen und Erwachsenen: 20-30 Minuten.*

Zu den Zeitangaben sind Zeiten für das An- und Ausziehen und für Pausen hinzuzurechnen."

Die Häufigkeit der Behandlungen kann von mehrmals täglich (z. B. bei Säuglingen) bis einmal täglich oder einmal wöchentlich liegen. Eine hohe Therapiefrequenz kann nur über die Mitarbeit/Mithilfe der Eltern erreicht werden, wobei sich die Therapie über Wochen, Monate oder gar Jahre erstrecken kann [45].

Um die Therapie nicht negativ zu beeinflussen, sollten – aus Vojtas Sicht – Eltern bzw. die Therapeutin/der Therapeut sicher mit der Situation umgehen [2]. Eltern, bzw. Mütter, die sich durch die Vojta-Therapie zu stark belastet fühlen, brechen diese Behandlungsform ab (Abbrecherquote: 10-20 %) [40].

Emotionale Situation der Eltern zu Beginn der Therapie

Bereits vor Beginn der Vojta-Therapie stehen Eltern unter emotionaler Anspannung. Eine Pilotstudie [53], die zwischen November 2019 und April 2020 in Polen durchgeführt wurde, untersuchte den emotionalen Zustand von Eltern, deren Kinder im Alter von 0 bis 2 Jahren aufgrund einer zentralen Koordinationsstörung (CCD) eine Vojta-Therapie erhalten sollten.

Vor Therapiebeginn wurden die Eltern bzgl. ihres subjektiven Stressempfindens (Perceived Stress Scale (PSS-10)), zu Angst (State-Trait Anxiety Inventory (STAI)), zu Depressionen (Patient Health Questionnaire (PHQ-9)), zur subjektiven Lebenszufriedenheit (Satisfaction with Life Scale (SWLS)) und zu Coping-Strategien (Inventory to Measure Coping Strategies with Stress (Mini-COPE)) befragt. 68 Eltern (37 Mütter und 31 Väter) konnten in die Analysen eingeschlossen werden. Es zeigte sich anhand der Befragung, dass bereits vor Therapiebeginn bei Müttern und Vätern hohe Werte für Stress und Angst vorlagen. Bei 65 % der Mütter und bei 52 % der Väter zeigten sich Stimmungsstörungen. Aktives Coping, Planung und Akzeptanz wurden von den Eltern als häufigste Bewältigungsstrategien eingesetzt. Die Autorengruppe Strojek et al. kommt zu dem Schluss, dass in einem umfassenden Therapiekonzept nicht nur das betroffene Kind sondern auch die Eltern, die eine Schlüsselrolle bei der Umsetzung der Vojta-Therapie spielen, unterstützt werden sollten, z. B. beim Erhalt des psychisch-physischen Zustands und der Fähigkeit mit Stress umzugehen [53].

Eltern-Kind-Beziehung in der Vojta-Therapie

Thiesen (1977) [55], Thiesen-Hutter (1982) [54].

In der Studie von Thiesen-Hutter [54,55] wurde der Frage nachgegangen, ob die Eltern-Kind-Beziehung in der Gruppe frühbehandelter Kinder anders ist als bei einer unbehandelten Vergleichsgruppe (Studienbeschreibung siehe Unterkapitel 4.5). Der Umgang der Eltern mit dem Kind wurde in einem ausführlichen Gespräch abgefragt und anschließend von einem Psychologen beurteilt. Etwa 36 % der befragten Eltern frühbehandelter Kinder zeigten einen übermäßig fürsorglichen und helfenden Erziehungsstil (Overprotection - Kindzentriert). Am zweithäufigsten (31 %) fand sich bei den Eltern ein partnerschaftlich (demokratischer) Erziehungsstil, bei dem die Kinder zur Selbstständigkeit mit eigenständiger Entscheidungsfähigkeit erzogen werden [55]. Deutlich weniger Eltern (27 %) setzten einen autoritären Erziehungsstil um. Versteckte Ablehnung oder Gleichgültigkeit gegenüber dem Kind zeigte sich nur in seltenen Fällen (6 %).

Die Vermutung, dass Eltern, die die Vojta-Therapie durchführen aggressiver oder ablehnender sind, bestätigte sich nicht [55]. Im Gegensatz dazu fand sich in der Dissertation [54]. ein signifikant häufigeres elternzentriertes Erziehungsverhalten (autoritärer Erziehungsstil) bei Eltern frühbehandelter Kinder als in der Vergleichsgruppe.

Weber (1981) [61]

Auslöser für eine Studie zu psychodynamischen Aspekten der Mutter-Kind-Beziehung waren Beobachtungen in der säuglingsneurologischen Ambulanz der Universitäts-Kinderklinik Freiburg [61]. Vornehmlich Säuglinge, die mit der Vojta-Therapie behandelt wurden, zeigten ein ängstliches oder abwehrendes Verhalten. Für die Untersuchung wurden 15 Mutter-Kind-Paare ausgewählt: 10 Mütter führten die Krankengymnastik nach Vojta und 5 Mütter führten sie nach Bobath aus. Die Kinder wiesen unterschiedliche Indikationen für die Behandlung auf. Die Mütter wurden mit einem halbstrukturierten Interview befragt:

- Mütter, die ihre Kinder nach Bobath behandelten berichteten in der Regel keine Schwierigkeiten bei der Durchführung, erwarteten keine schädlichen Nebenwirkungen und waren sich sicher die Gesamtentwicklung des Kindes dadurch zu fördern. Als Nachteil wurde angemerkt, dass es keine fest definierten Übungen gab und somit therapeutische Behandlung und Alltagssituationen nicht trennbar waren.
- Mütter, die ihre Kinder nach Vojta behandelten, empfanden die Behandlung als „*hart und brutal*“. Drei Mütter berichteten, dass die Kinder mit Affektkrämpfen reagierten. Die Durchführung der Behandlung stellte eine Belastung für die Mütter und auch für das Umfeld dar. Es bestand die Sorge vor psychischen Schäden, die durch die Therapie

bei den Kindern entstehen könnten. Die Mütter/Eltern hatten Schwierigkeiten bei der Bewältigung und fühlten sich in einer Konfliktsituation gefangen, so dass sie ihre Bedenken bzgl. der Therapie nicht mit der Therapeutin/dem Therapeuten besprechen konnten. Die positive Entwicklung ihrer Kinder rechneten sie der Vojta-Therapie und waren froh die Therapie durchgeführt zu haben.

Als Fazit wird eine zwingende Indikationsstellung und strenge Auslese bei der Verordnung der Vojta Therapie gefordert und alternativ auf die Therapie nach Bobath hingewiesen [61].

Ludewig & Mähler (1999) [40]

Um mögliche Auswirkungen der krankengymnastischen Frühbehandlung auf die Mutter-Kind-Beziehung zu untersuchen wurden Mütter befragt, deren Kinder nach der Vojta-Therapie oder nach dem Bobath-Konzept behandelt wurden [40]. Dazu wurden Krankengymnastinnen in 24 Städten angeschrieben, mit der Bitte Fragebögen an Eltern von Kindern, die nach Vojta oder nach Bobath behandelt werden, zu verteilen: die Fragebögen dienten

- zur Abfrage der subjektiv empfundenen seelischen und körperlichen Belastung mit einer vierstufigen Skala und
- zur Erfassung der mütterlichen Einstellung zum Kleinkind (EMKK). Hierbei werden die fünf Aspekte Freude am Kind, Überforderung, Depressivität der Mütter, niedrige Frustrationstoleranz und Überfürsorge abgefragt.
- Der Behinderungsgrad und das Alter des Kindes, die bisherige Behandlungsdauer, die Anzahl der Behandlungen durch die Mutter sowie Alter und Bildungsstand der Mutter wurden ebenfalls erhoben.

Es konnten Fragebögen von 79 Müttern, deren Kinder nach der Vojta-Therapie (n=50) oder nach dem Bobath-Konzept (n=29) behandelt wurden, ausgewertet werden. Die Mütter in den beiden Gruppen unterschieden sich nicht hinsichtlich des Alters oder des Bildungsstandes. Das durchschnittliche Alter der Kinder und der Schweregrad der Diagnosen lag in der Gruppe, die nach Vojta behandelte, höher als in der Gruppe, in der das Bobath-Konzept angewendet wurde. Ebenso war die Behandlungsdauer und -häufigkeit in der Vojta-Gruppe höher als in der Bobath-Gruppe.

Bei Müttern (n=49), die nach Vojta behandelten, lag die seelische Belastung signifikant höher als bei Müttern (n=28), die nach Bobath behandelten. In Bezug auf die körperliche Belastung zeigten sich keine signifikanten Unterschiede. Eine Stratifizierung nach Behandlungsdauer in „*kürzer als 10 Wochen*“ und „*länger als 10 Wochen*“ zeigte für Mütter (n=8), die kürzer als 10 Wochen nach Vojta behandelten, sowohl eine höhere seelische wie auch höhere körperliche Belastung als Mütter (n=10), die nach Bobath behandelten. Diese Unterschiede zeigten sich nicht mehr, wenn die Therapie länger als 10 Wochen durchgeführt wurden (Vojta: n=41, Bobath: n=18).

In Hinblick auf die Einstellungen der Mütter zu ihrem Kind zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen der Vojtagruppe (n=50) und der Bobathgruppe (n=29). Lag der Behandlungsbeginn weniger als 10 Wochen zurück, fühlten sich die Mütter, die nach Vojta behandelten, signifikant depressiver als die Mütter, die nach Bobath behandelten. Unterschiede in der Einstellung zum Kind zeigten sich nicht mehr, wenn die Therapie bereits länger als 10 Wochen durchgeführt wurde (Vojta: n=42, Bobath: n=18).

Die Autorinnen kommen auf Basis ihrer Ergebnisse zu dem Schluss, dass die Durchführung der Vojta-Therapie – besonders in der Anfangsphase – eine stärkere seelische Belastung für die Mütter darstellt und zu mehr Depressivität führt, als die Bobath-Therapie. Über einen längeren Behandlungsverlauf scheinen sich diese Unterschiede zu relativieren. „*Ohne psychologische Hilfestellung für die beteiligten Personen könnte insbesondere die Vojta-Behandlung eine erschwerte Mutter-Kind-Interaktion in der Anfangsphase der Therapie oder*

auch ein Abbrechen der Behandlung zur Folge haben, was beides angesichts der oftmals gravierenden kindlichen Behinderung besonders fatal wäre.“ [40]

Psychologische Hilfen bei der Vojta-Therapie

An der Klinik des Kinderzentrums München wurde von Burgmeyer et al. (1986) [7] ein Ansatz entwickelt, mit dem Eltern und Kinder bei der Umsetzung der Vojta-Therapie unterstützt werden können. Die Durchführung der Physiotherapie, die als dringend notwendige Behandlung (z. B. bei Vorliegen einer Spastik) angesehen wurde, gestaltete sich bei diesen Kindern so schwierig, dass sie nicht mehr adäquat von den Eltern durchgeführt werden konnte oder zu pathologischen Mustern führen konnte. Die Kinder reagierten u. a. mit starker Abwehr, ungewöhnlich starkem Schreien, Nicht-Tolerieren der Ausgangslage, Passivität bei kleineren und größeren Kindern und mangelnde Mitarbeit bei größeren Kindern. Das Verhalten normalisierte sich in den Therapiepausen und nach der Behandlung.

Die krankengymnastische und die psychologische Abteilung behandelten in enger Zusammenarbeit die betroffenen Familien. Die psychologische Intervention umfasste u. a. systematische Verhaltensbeobachtungen und Befragungen der Eltern. Auf Basis dessen wurde ein therapeutischer Stufenplan entwickelt. Über folgende drei Prinzipien wurde eine Therapiesituation aufgebaut, die für Eltern und Kinder „*eher angenehm getönt war*“:

1. Veränderung von Interaktionsmustern der Eltern (Zuwendung, Aufmerksamkeit, verbale Ankündigungsreize, Gestaltung der Pause)
2. Berücksichtigung, was das betroffene Kind tolerieren und leisten kann (Anpassung des Anforderungsniveaus)
3. Erstellen einer Therapiehierarchie (systematische Desensibilisierung, schrittweise minimal schwierigere bzw. anspruchsvollere Übungen)

Die Umsetzung erfolgte im stationären Bereich. In dem vorgestellten Fallbeispiel eines 18 Monate alten Kindes wurden Mutter und Kind fünf Wochen stationär aufgenommen und nach einer Pause von acht Wochen nochmals drei Wochen stationär aufgenommen.

Über das beschriebene Vorgehen konnte für Eltern und Kinder eine weniger spannungsreiche Therapiesituation geschaffen werden [7].

5 Zusammenfassung

Die Vojta-Therapie als Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage findet sich etwa ab Mitte der achtziger Jahre in den Heil- und Hilfsmittel-Richtlinien. Es wurden keine begründenden Unterlagen bzgl. der Evidenz identifiziert, auf deren Grundlage die Vojta-Therapie in die Heilmittel-Richtlinie aufgenommen wurde.

Therapeutische Effekte der Vojta Therapie

Es lag ein systematischer Review mit einer durchgeführten Meta-Analyse [47] auf Basis von vier RCTs [30,31,35,39] vor. Insgesamt wurden n=77 Kinder eingeschlossen. Die GRADE Bewertung für den Endpunkt „*Funktion der Grobmotorik*“ ergab ein ernsthaftes Biasrisiko. Insgesamt wurde die Qualität der Evidenz als sehr gering eingestuft.

Die Ergebnisse der Meta-Analyse zeigten bei Kindern mit neurologischen Störungen, die die Vojta-Therapie bekamen, keine signifikanten Unterschiede im Endpunkt Grobmotorik zu der Vergleichsgruppe.

Derzeit läuft eine randomisierte kontrollierte Studie (RCT) mit dem Titel „*Effects of Vojta therapy on the motor function of children with neuromotor disorders*“ (NCT06092619) [42] mit dem Ziel die Auswirkungen der Vojta-Therapie auf die Grobmotorik bei Kindern mit neuromotorischen Störungen zu quantifizieren.

Leitlinien-Empfehlungen bzgl. der Vojta-Therapie

Die Leitlinienrecherche erfolgte anhand von jeweils zehn Indikationen, für die die Vojta-Therapie als Heilmittel KG ZNS Kinder oder KG ZNS für Erwachsene umgesetzt wurde und die im Jahr 2022 für den höchsten Gesamtumsatz in Deutschland verantwortlich sind.

Für diese Indikationen wurden keine gültigen nationalen oder internationalen Leitlinien identifiziert, in denen eine Empfehlung für die Vojta-Therapie formuliert wurde.

Wirkprinzip

Die GNP und die DGSPJ konstatieren in ihrer Stellungnahme, dass die theoretischen Grundlagen der „*Physiotherapie auf neurophysiologischer Grundlage*“ nicht mehr haltbar sind, da sich die Vorstellungen zur Steuerung der Motorik und psychomotorischen Entwicklung gewandelt haben, dennoch gestehen sie den Therapieformen noch Vojta und Bobath zu, dass sie Anstöße für die motorische Entwicklung geben könnten und zu Verringerung von Folgeschäden führen könnten.

Eine Beschreibung eines Wirkprinzips, dass der Vojta-Therapie zugrunde liegt, wurde auf Basis der Literaturrecherchen nicht gefunden.

Vergleich mit anderen Behandlungsoptionen

Der Review von Nowak et al. (2020) [47] zeigt die Vielfalt der Interventionen auf, die bei Kindern mit Zerebralparese eingesetzt werden.

Aufgrund von mangelnder Evidenz erhielt die Vojta-Therapie im Bereich der Motorik und der frühen Intervention eine schwache Empfehlung gegen diese Behandlungsform. Eine schwache Empfehlung für den Einsatz der Vojta-Therapie sah die Autorengruppe bei der Unterstützung bei der Zwerchfell-Bewegung zerebralparetischer Kinder. Es fehlt an belastbarer Evidenz für die Vojta-Therapie.

Komplikationen oder Spätfolgen im Zusammenhang mit der Vojta-Therapie

Während der Vojta-Therapie kann es zu einem Anstieg des systolischen Blutdrucks und der Pulsfrequenz kommen, die sich etwa 20 Minuten nach der Behandlung normalisieren. Ein Anstieg des Cortisollevels wurde ebenfalls beobachtet. Eine gleichzeitige manuelle Therapie bei Kopfgelenk- und ISG-Blockierung und Vojta- oder Bobath Therapie führte zu Blockierungsrezidiven.

In der Literatur wird ein Todesfall im Zusammenhang mit der Vojta-Therapie beschrieben. Weitere Publikationen, in denen Komplikationen oder unerwünschte schwere Nebenwirkungen der Vojta-Therapie berichtet werden, wurden nicht identifiziert

Obwohl es Einzelfallberichte und Veröffentlichungen zu unerwünschten Nebenwirkungen (z. B. Weinen/Schreien) gibt, wurde keine weitere wissenschaftliche Beschreibung oder systematische Aufarbeitung negativer physischer oder psychischer Auswirkungen/Spätfolgen der Vojta-Therapie im Rahmen der umfangreichen Literaturrecherche identifiziert.

Auswirkungen auf die Eltern-Kind-Beziehung

Bereits vor Therapiebeginn stehen Eltern unter emotionaler Anspannung. Die Vojta-Therapie scheint – besonders in der Anfangsphase – als besonders belastend von den Eltern empfunden zu werden. Die Abbrecherquote für die Vojta-Therapie liegt bei 10-20 %. Eine Abbrecherquote für die Bobath-Therapie wurde in der Literatur nicht angegeben.

Schon vor über 30 Jahren wurde in Publikationen darauf hingewiesen, dass eine psychologische Hilfestellung für die Eltern bei der Umsetzung der Vojta-Therapie sinnvoll sei, um eine weniger spannungsreiche Therapiesituation zu schaffen.

Obwohl es viele Veröffentlichungen mit Hypothesen und Vermutungen bzgl. von Auswirkungen der Vojta-Therapie auf die Eltern-Kind-Beziehung gibt, finden sich kaum wissenschaftliche Untersuchungen bzw. keine systematischen Aufarbeitungen zu diesem Themenkomplex. Eine regelhafte psychologische Unterstützung der Eltern, die die Vojta-Therapie durchführen, ist nicht bekannt.

6 Fazit

Auf Basis der vorliegenden Evidenz und Informationen konnten die verschiedenen Fragestellungen des Auftrages in Hinblick auf den Einsatz der Vojta-Therapie bei Kindern mit neurologischen Störungen nicht abschließend beantwortet werden.

Besonders in Hinblick auf die Themenkomplexe „*Komplikationen und Schäden, die akut oder später im Lebenslauf auftreten*“, sowie zur „*Eltern-Kind-Beziehung*“ konnten die vorliegenden Publikationen, mit z. T. widersprüchlichen Aussagen, die Hinweise auf einen Schaden weder bestätigen noch entkräften.

Anmerkungen FBMed

In den dargestellten Studien bzw. Publikationen finden sich vornehmlich sehr kleine Fallzahlen. Dies trifft auch für die Studien zu, die in den letzten Jahren publiziert wurden.

Unter den Indikationen, die zu den zehn häufigsten Diagnosen bzgl. der Vojta-Therapie gehören, finden sich auch Diagnosen, die nicht direkt in den Bereich ZNS-Erkrankungen einschließlich des Rückenmarks/Neuromuskuläre Erkrankungen fallen (z. B. angeborene Deformitäten der Füße).

Die Vojta-Therapie wird gelegentlich synonym als „*Reflex Zone Stimulation Technique“* (RST) bezeichnet. Zusätzlich scheint es eine Weiterentwicklung der Vojta-Therapie mit einer aktiven Komponente zu geben, die als „*dynamic neuromuscular stabilization*“ benannt wurde. Wie diese Weiterentwicklung genau aussieht wurde nicht ausgeführt.

Anhand der vorliegenden Literatur ist eine Ausweitung der Anwendung der Vojta-Therapie auf weitere Krankheitsbilder und Störungen zu beobachten.

Die Darstellung der Studien in der Stellungnahme erfolgt vornehmlich kursorisch, so dass nicht alle Aspekte jeweils vollumfänglich abgebildet werden.

Referenzen

1. "Todesfall während der Physiotherapie nach Vojta", Heft 4/2001, S. 573 ff. - Stellungnahme der Chefredakteurin - Stellungnahme der Autoren. Krankengymnastik, Zeitschrift für Physiotherapeuten 2001;53(7):1207.
2. **Barth CA.** Bewegung bahnen durch Reflexe: das Vojta-Prinzip unter der Lupe. Physiopraxis 2003;1(1):18-20.
3. **Beetz R, Jüngst BK.** Zum Verhalten von Blutdruck und Puls bei Vojta-Therapie im Säuglingsalter. Monatsschr Kinderheilkd 1983;131(10):716-720.
4. **Benz U.** Gewalt gegen Kinder: Traumatisierung durch Therapie? Berlin: Metropol-Verlag; 2004.
5. **Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen.** Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von Heilmitteln und Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung („Heilmittel- und Hilfsmittel-Richtlinien“) in der Fassung vom 01.07.1986.
6. **Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen.** Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von Heilmitteln und Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung („Heilmittel- und Hilfsmittel-Richtlinien“) in der Fassung vom 17. Juni 1992.
7. **Burgmayer S, Meier S, Nurnberger A, Schoof G.** Psychologische Hilfen bei der Vojta-Therapie. Krankengymnastik 1986;38(4):255-260.
8. **Coenen W.** Kopfgelenk- und ISG-Blockierung bei Säuglingen als Therapiehindernis bei Vojta- und Bobath-Behandlung. Krankengymnastik 1995;47(2):162-172.
9. **Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM).** Schlaganfall; S3-Leitlinie, Anhang [online]. AWMF-Registernummer 053-011. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2020. [Zugriff: 27.05.2024]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/053_D_Ges_fuer_Allgemeinmedizin_und_Familienmedizin/053-011a1_S3_Schlaganfall_2020-05.pdf.
10. **Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM).** Schlaganfall; S3-Leitlinie, Langfassung [online]. AWMF-Registernummer 053-011. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2020. [Zugriff: 11.12.2023]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/053-011l_S3_Schlaganfall_2023-05.pdf.
11. **Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN).** Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter. Teil 2: Therapie; S3-Leitlinie, Langfassung [online]. AWMF-Registernummer 028-047. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2021. [Zugriff: 05.04.2024]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/028-

047l_S3_Autismus-Spektrum-Stoerungen-Kindes-Jugend-Erwachsenenalter-Therapie_2021-04_1.pdf.

12. **Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN).** Diagnose und Therapie der Multiplen Sklerose, Neuromyelitis Optica Spektrum und MOG-IgG-assoziierte Erkrankungen - Living Guideline; S2k-Leitlinie, Langfassung, Version 7.1 [online]. AWMF-Registernummer 030-050. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2023. [Zugriff: 08.04.2024]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/030-050l_S2k_Diagnose-Therapie-Multiple-Sklerose-Neuromyelitis-Optica-Spektrum-MOG-IgG-assoziierte-Erkrankungen_2024-01.pdf.

13. **Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN).** Myotone Dystrophien, nicht dystrophe Myotonien und periodische Paralysen; S1-Leitlinie, Langfassung, Version 6.1 [online]. AWMF-Registernummer 030-055. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2023. [Zugriff: 08.04.2024]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/030-055l_S1_Myotone-Dystrophien-nicht-dystrophe-Myotonien-periodische-Paralysen_2024-02.pdf.

14. **Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN).** Parkinson-Krankheit; S2k-Leitlinie, Langfassung [online]. AWMF-Registernummer 030-010. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2023. [Zugriff: 05.04.2024]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/030-010l_Parkinson_Krankheit_2023-11_1.pdf.

15. **Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN).** Therapie des spastischen Syndroms; S2k-Leitlinie, Langfassung [online]. AWMF-Registernummer 030-078. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2018. [Zugriff: 27.05.2024]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/030-078l_S2k_Therapie_spastisches_Syndrom_2019-06-verlaengert.pdf.

16. **Deutsche Gesellschaft für Neurorehabilitation (DGNR).** Rehabilitative Therapie bei Armparese nach Schlaganfall; S3-Leitlinie, Langfassung [online]. AWMF-Registernummer 080-001. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2020. [Zugriff: 08.04.2024]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/080-001l_S3_Rehabilitative_Therapie_bei_Armparese_nach_Schlaganfall_2020-07.pdf.

17. **Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU).** Kindlicher Knick-Senkfuß; S2k-Leitlinie, Langfassung [online]. AWMF-Registernummer 187-053. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2022. [Zugriff: 05.04.2024]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/187-053l_S2k_Kindlicher-Knick-Senkfuss_2022-11.pdf.

18. **Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie (DGPP).** Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen (SES) unter Berücksichtigung umschriebener

Sprachentwicklungsstörungen (USES); S3-Leitlinie, Anmeldung [online]. AWMF-Registernummer 049-006. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2022. [Zugriff: 27.05.2024]. URL: https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/049-006.

19. **Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ).** Diagnostik und Therapie der unilateralen spastischen Zerebralparese / LL-uCP; S3-Leitlinie, Anmeldung [online]. AWMF-Registernummer 071-014. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2021. [Zugriff: 27.05.2024]. URL: https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/071-014.

20. **Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ).** Sozialpädiatrische Nachsorge extrem unreifer Frühgeborener mit einem Geburtsgewicht unter 1000 Gramm; S2k-Leitlinie, Langfassung [online]. AWMF-Registernummer 071-013. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2018. [Zugriff: 05.04.2024]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/071-013l_S2k_Sozialpaed-Nachsorge-Fruehgeborener-unter-1000-g_2019-01.pdf.

21. **Deutsche Wirbelsäulengesellschaft (DWG), Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU).** Adoleszente Idiopathische Skoliose, S2k-Leitlinie; Langfassung [online]. AWMF-Registernummer 151-002. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2023. [Zugriff: 11.12.2023]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/151-002l_Sk_Adoleszente-Idiopathische-Skoliose_2023-03.pdf.

22. **Deutschsprachige Medizinische Gesellschaft für Paraplegiologie.** Lebenslange Nachsorge für Menschen mit Querschnittlähmung; S2k-Leitlinie, Langfassung [online]. AWMF-Registernummer 179-014. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2022. [Zugriff: 08.04.2024]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/179-014l_S2k_Lebenslange-Nachsorge-fuer-Menschen-mit-Querschnittlaehmung_2022-12.pdf.

23. **Deutschsprachige Medizinische Gesellschaft für Paraplegiologie.** Rehabilitation der unteren Extremität, der Steh- und Gehfunktion bei Menschen mit Querschnittlähmung; S2e-Leitlinie, Anmeldung [online]. AWMF-Registernummer 179-009. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2023. [Zugriff: 27.05.2024]. URL: https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/179-009#anmeldung.

24. **Deutschsprachige Medizinische Gesellschaft für Paraplegiologie.** Rehabilitation der unteren Extremität, der Steh- und Gehfunktion bei Menschen mit Querschnittlähmung; S2e-Leitlinie, Langfassung, abgelaufen [online]. AWMF-Registernummer 179-009. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2018. [Zugriff: 11.12.2023]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/179-009l_S2e_Reha-untere-Extremitaet-Steh-Gehfunktion-Querschnittlaehmung_2019-09-abgelaufen.pdf.

25. **Deutschsprachige Medizinische Gesellschaft für Paraplegiologie.** Verbesserung der Funktionsfähigkeit der oberen Extremitäten bei zervikaler Querschnittlähmung; S2e-Leitlinie, Langfassung [online]. AWMF-Registernummer 179-013. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2020. [Zugriff: 08.04.2024]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/179-013l_S2e_Verbesserung-der-Funktionsfaehigkeit-der-oberen-Extremitaeten-bei-zervikaler-Querschnittlaehmung_2020-10.pdf.

26. **Gesellschaft für Neuropädiatrie, Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ).** Physiotherapie auf neurophysiologischer Grundlage nach Bobath und Vojta bei Kindern mit zerebralen Bewegungsstörungen [online]. Berlin (GER): DGSPJ; 2004. [Zugriff: 21.12.2023]. URL: https://www.dgspj.de/wp-content/uploads/service-stellungnahmen-vojtabobath-2004.pdf.

27. **Gesellschaft für Neuropädiatrie (GNP).** Definition, Diagnostik, Behandlung und psychosoziale Aspekte bei Umschriebenen Entwicklungsstörungen motorischer Funktionen (UEMF); S3-Leitlinie, Langfassung, Version 4.0 [online]. AWMF-Registernummer 022-017. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2020. [Zugriff: 11.12.2023]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/022-017l_S3_Umschriebene-Entwicklungsstoerungen-motorischer-Funktionen-UEMF_2020-08_01.pdf.

28. **Giannantonio C, Papacci P, Ciarniello R, Ghennet M, Tsfagabir, Purcaro V, et al.** Chest physiotherapy in preterm infants with lung diseases. Neonatal Intensive Care 2011;24(1):48-51.

29. **Ha SY, Kiebzak W, Sung YH.** The impact of reflex creeping in Vojta therapy on locomotion and postural control. Medical Studies/Studia Medyczne 2023;39(2):192-197.

30. **Ha SY, Sung YH.** Effects of Vojta approach on diaphragm movement in children with spastic cerebral palsy. J Exerc Rehabil 2018;14(6):1005-1009.

31. **Ha SY, Sung YH.** Vojta therapy affects trunk control and postural sway in children with central hypotonia: a randomized controlled trial. Children (Basel) 2022;9(10):1470.

32. **Hammerschmidt U, Koch J (Eds.)** Leitfaden Physiotherapie in der Pädiatrie. München: Urban & Fischer; 2018.

33. **Jacobi G, Riepert T, Kieslich M, Bohl J.** Todesfall während der Physiotherapie nach Vojta. Krankengymnastik, Zeitschrift für Physiotherapeuten 2001;53(4):573-576.

34. **Jacobi G, Riepert T, Kieslich M, Bohl J.** Über einen Todesfall während der Physiotherapie nach Vojta bei einem 3 Monate alten Säugling: Fallbeschreibung und Bemerkungen zur Manualtherapie bei Kindern. Klin Pädiatr 2001;213(2):76-85.

35. **Kavlak E, Unal A, Tekin F, Al Sakkaf AAH.** Comparison of the effectiveness of Bobath and Vojta techniques in babies with Down syndrome: randomized controlled study. Annals of clinical and analytical medicine 2022;13(1):35-39.

36. **Kiebzak W, Żurawski A, Głuszek S, Kosztołowicz M, Białek WA.** Cortisol levels in infants with central coordination disorders during Vojta therapy. Children (Basel) 2021;8(12):1113.

37. **Kohlrausch A, Widmer K, Rulffs W, Rompe G, Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland.** Indikations- und Verordnungshinweise für die physikalische Therapie; 2. überarb. Aufl. Köln-Lövenich: Deutscher Ärzte-Verlag; 1983.

38. **Kohlrausch A, Widmer K, Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland.** Indikations- und Verordnungshinweise für die physikalische Therapie. Köln-Lövenich: Deutscher Ärzte-Verlag; 1980.

39. **Konjen N, Cheewasittirungruang L, Eungrattanachai S, Lertseri A, Rerkmoung S.** Effectiveness of Vojta therapy on gross motor function in children with cerebral palsy at GMFCS levels 4 and 5: a randomized controlled trial. Chotmaihet thangphaet [Journal of the Medical Association of Thailand] 2022;105(11):1120-1126.

40. **Ludewig A, Mähler C.** Krankengymnastische Frühbehandlung nach Vojta oder nach Bobath: wie wird die Mutter-Kind-Beziehung beeinflusst? Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr 1999;48(5):326-339.

41. **Mandl-Kramer S, Scheithauer G.** Vier Jahre krankengymnastische Behandlung cerebraler Bewegungsstörungen bei Säuglingen nach der Vojta-Methode. Monatsschr Kinderheilkd (1902) 1973;121(7):273-275.

42. **Menéndez-Pardiñas M, Alonso-Bidegaín M, Santonja-Medina F, Sánchez-González JL, Sanz-Mengibar JM.** Effects of Vojta therapy on the motor function of children with neuromotor disorders: study protocol for a randomized controlled trial. J Clin Med 2023;12(23):7373.

43. **Novak I, Morgan C, Fahey M, Finch-Edmondson M, Galea C, Hines A, et al.** State of the evidence traffic lights 2019: systematic review of interventions for preventing and treating children with cerebral palsy. Curr Neurol Neurosci Rep 2020;20(2):3.

44. **Orth H.** Das Kind in der Vojta-Therapie: Praxisbegleiter für Eltern und Therapeuten; 3. Aufl. München: Urban & Fischer; 2017.

45. **Plassmann C.** Elternanleitung im Rahmen der Vojta-Therapie für Säuglinge: ethische Gesichtspunkte. Zeitschrift für Physiotherapeuten Krankengymnastik 2014;66(4):46-49.

46. **Sacher R, Jacobi G.** Leserbrief und Stellungnahme des Autors zu Jacobi et al. "Über einen Todesfall während der Physiotherapie nach Vojta bei einem 3 Monate alten Säugling" (Klin. Pädiatr 2001; 213: 76-85). Klinische Pädiatrie 2001;213(6):350.

47. **Sanchez-Gonzalez JL, Sanz-Esteban I, Menendez-Pardinas M, Navarro-Lopez V, Sanz-Mengibar JM.** Critical review of the evidence for Vojta therapy: a systematic review and meta-analysis. Front Neurol 2024;15:1391448.

48. **Saternus KS, Biederman H, Riepert T, Koch L.** Traumatologie der A. vertebralis beim Säugling: Gefahren durch Krankengymnastik nach Vojta und durch Manualtherapie? Rechtsmedizin 2011;21(4):265-271.

49. **Senst S, Möller P, Naß G, Wurst C.** Physiotherapie auf neurophysiologischer Grundlage nach Bobath bei Kindern mit cerebralen Bewegungsstörungen. Kinderärztliche Praxis 2006;77(5):293-294.

50. **Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband).** Anlage 1: Leistungsbeschreibung zum Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V über die Versorgung mit Leistungen der Physiotherapie und deren Vergütung [online]. Berlin (GER): GKV-Spitzenverband; 2021. [Zugriff: 31.05.2024]. URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/heilmittel/vertraege_125abs1/physiotherapie/20210721_Physiotherapie_Anlage_1_Leistungsbeschreibung_bf.pdf.

51. **Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband).** Anlage 7: Weiterbildung zum Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V über die Versorgung mit Leistungen der Physiotherapie und deren Vergütung [online]. Berlin (GER): GKV-Spitzenverband; 2021. [Zugriff: 31.05.2024]. URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/heilmittel/vertraege_125abs1/physiotherapie/20210721_Physiotherapie_Anlage_7_Weiterbildung_bf.pdf.

52. **Stahlmann N, Hartel C, Thyen U.** Vorhersage motorischer Entwicklung Frühgeborener: prädiktiver Wert der Lagereaktionen nach Vojta. Monatsschrift für Kinderheilkunde 2009;157(10):986-992.

53. **Strojek K, Wójtowicz D, Kowalska J.** Assessment of the emotional state of parents of children starting the Vojta therapy in the context of the physical activity: a pilot study. Int J Environ Res Public Health 2022;19(17):10691.

54. **Thiesen-Hutter M.** Auswirkungen der Neurophysiotherapie Vojtas auf geistige Entwicklung und Verhalten: ein Gruppenvergleich zwischen frühbehandelten und bisher unauffälligen Vorschulkindern. Stuttgart: Enke; 1982.

55. **Thiesen M.** Ergebnisse der psychologischen Untersuchung bei Risikokindern, die nach der Methode Vojta frühbehandelt wurden. Krankengymnastik 1977;29(2):44-47.

56. **Vojta V.** Die posturale Ontogenese als Basis der Entwicklungsdiagnostik. Der Kinderarzt 1989;20(5):669-674.

57. **Vojta V.** Die zerebralen Bewegungsstörungen im Kindesalter, 6. Aufl. Stuttgart: Hippokrates; 2000.

58. **Vojta V, Peters A.** Das Vojta-Prinzip; 3. Aufl. Heidelberg: Springer; 2007.

59. **Wassermeyer D.** Über Erfahrungen der physiotherapeutischen Abteilung des Kinderzentrums München. Der Kinderarzt (Sonderdruck) 1976;7(12):1498-1499.

60. **Weber S.** Indikation zur krankengymnastischen Behandlung im Säuglingsalter zur Prophylaxe infantiler Zerebralparesen. Klinische Pädiatrie 1983;195(5):347-350.

61. **Weber S.** Psychodynamische Aspekte der Mutter-Kind-Beziehung bei der krankengymnastischen Frühtherapie zur Prophylaxe infantiler Zerebralparesen. Klinische Pädiatrie 1981;193(6):457-460.

[A] **Rethlefsen ML, Kirtley S, Waffenschmidt S, Ayala AP, Moher D, Page MJ, et al.** PRISMA-S: an extension to the PRISMA Statement for Reporting Literature Searches in Systematic Reviews. Syst Rev 2021;10(1):39. https://doi.org/10.1186/s13643-020-01542-z

[B] **McGowan J, Sampson M, Salzwedel DM, Cogo E, Foerster V, Lefebvre C.** PRESS Peer Review of Electronic Search Strategies: 2015 Guideline Statement. J Clin Epidemiol 2016;75:40-46. https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2016.01.0

Anhang

Recherchestrategie

Cochrane Library - Cochrane Database of Systematic Reviews/Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL) (Issue 01 of 12, January 2024) am 04.01.2024

#	Suchfrage
#1	Vojta*:ti,ab,kw
#2	((locomotion NEXT therap*) OR (reflex NEAR/2 locomotion)):ti,ab,kw
#3	(reflex NEAR/4 (creeping OR rolling OR turning)):ti,ab,kw
#4	(neurodevelopment* NEXT treatment*):ti,ab,kw
#5	("pressure stimulation"):ti
#6	(motor NEXT skill NEXT intervention*):ti
#7	(physioth* OR ((physical OR manual OR manipulat*) AND (therap* OR osteopathic OR orthopedic))):ti
#8	(motor* OR pressure OR stimulat* OR neurodevelopment* OR neuromuscular OR neurophysiological OR coordination OR locomote* OR reflex* OR gait OR postur* OR activat* OR innate):ti,ab,kw
#9	(babies OR baby* OR child* OR infan* OR kid OR kids OR neonat* OR new-born OR newborn* OR NICU* OR vlbw* OR (very NEXT low NEXT birth NEXT weight*) OR paediat* OR pediat* OR perinat* OR preterm* OR congenital):ti,kw
#10	#7 AND #8 AND #9
#11	(p*ediatric NEXT physioth*):kw
#12	#8 AND #11
#13	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #10 OR #12
#14	#13 NOT (ctgov OR ictrp):an in Trials
#15	vojta* in Cochrane Reviews

PubMed am 04.01.2024

#	Suchfrage
1	Vojta*[tiab]
2	locomotion therap*[tiab] OR "reflex locomotion"[tiab:~2]
3	reflex creeping[tiab] OR reflex rolling[tiab] OR reflex turning[tiab]
4	neurodevelopmental treatment*[tiab] OR neurodevelopment treatment*[tiab]
5	pressure stimulation[ti]
6	motor skill intervention*[ti]
7	physioth*[ti] OR ((physical[ti] OR manual[ti] OR manipulat*[ti]) AND (therap*[ti] OR osteopathic[ti] OR orthopedic[ti]))

#	Suchfrage
8	motor*[tiab] OR pressure[tiab] OR stimulat*[tiab] OR neurodevelopment*[tiab] OR neuromuscular[tiab] OR neurophysiological[tiab] OR coordination[tiab] OR locomote*[tiab] OR postur*[tiab] OR reflex*[tiab] OR gait[tiab] OR activat*[tiab] OR innate[tiab]
9	babies[ti] OR baby*[ti] OR child*[ti] OR infan*[ti] OR kid[ti] OR kids[ti] OR neonat*[ti] OR new-born[ti] OR newborn*[ti] OR NICU*[ti] OR vlbw*[ti] OR (very low birth weight*[ti]) OR paediat*[ti] OR pediat*[ti] OR perinat*[ti] OR preterm*[ti] OR child[mh] OR infant[mh] OR pediatrics[mh] OR congenital[ti] OR congenital[sh] OR Disabled Children[mh]
10	#7 AND #8 AND #9
11	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #10
12	(#11) NOT (animals[MeSH:noexp] NOT (Humans[mh] AND animals[MeSH:noexp]))

Embase (OVID) 1974 to 2024 January 03 am 04.01.2024

#	Suchfrage
1	Vojta*.ti,ab,kf.
2	((locomotion adj1 therap*) or (reflex adj3 locomotion)).ti,ab,kf.
3	reflex adj5 (creeping or rolling or turning).ti,ab,kf
4	neurodevelopment* adj1 treatment*.ti,ab,kf.
5	"pressure stimulation".ti.
6	(motor adj1 skill adj1 intervention*).ti.
7	(physioth* or ((physical or manual or manipulat*) and (therap* or osteopathic or orthopedic))).ti.
8	(motor* or pressure or stimulat* or neurodevelopment* or neuromuscular or neurophysiological or coordination or locomote* or reflex* or gait or postur* or activat* or innate).ti,ab,kf.
9	(babies or baby* or child* or infan* or kid or kids or neonat* or new-born or newborn* or NICU* or vlbw* or very low birth weight* or paediat* or pediat* or perinat* or preterm* or congenital).ti,kf. or exp *child/ or exp *infant/ or exp *pediatrics/ OR exp *prematurity/
10	7 and 8 and 9
11	pediatric physiotherapy/
12	8 and 11
13	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 10 or 12
14	limit 13 to "remove medline records"

AMED (OVID) 1985 to October 2023 am 04.01.2024

#	Suchfrage
1	"Vojta*".ti,ab.
2	((locomotion adj1 therap*) or (reflex adj3 locomotion)).ti,ab.
3	reflex adj5 (creeping or rolling or turning).ti,ab.
4	neurodevelopment* adj1 treatment*.ti,ab.
5	"pressure stimulation".ti.
6	(motor adj1 skill adj1 intervention*).ti.
7	(physioth* or ((physical or manual or manipulat*) and (therap* or osteopathic or orthopedic))).ti.
8	(motor* or pressure or stimulat* or neurodevelopment* or neuromuscular or neurophysiological or coordination or locomote* or reflex* or gait or postur* or activat* or innate).ti,ab.
9	(babies or baby* or child* or infan* or kid or kids or neonat* or new-born or newborn* or NICU* or vlbw* or very low birth weight* or paediat* or pediat* or perinat* or preterm* or congenital).ti. or exp child/ or exp infant/ or exp pediatrics/
10	7 and 8 and 9
11	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 10

CINAHL (EBSCO) am 04.01.2024

#	Suchfrage
S1	TI (Vojta*) OR AB (Vojta*)
S2	TI ("locomotion therap*") OR AB ("locomotion therap*") OR TI (reflex N2 locomotion) OR AB (reflex N2 locomotion)
S3	TI (reflex N4 (creeping OR rolling OR turning)) OR AB (reflex N4 (creeping OR rolling OR turning))
S4	TI (neurodevelopment* N0 treatment*) OR AB (neurodevelopment* N0 treatment*)
S5	TI ("pressure stimulation")
S6	TI ("motor skill intervention*")
S7	TI (physioth* OR ((physical OR manual OR manipulat*) AND (therap* OR osteopathic OR orthopedic)))
S8	TI (motor* OR pressure OR stimulat* OR neurodevelopment* OR neuromuscular OR neurophysiological OR coordination OR locomote* OR reflex* OR gait OR postur* OR activat* OR innate) OR AB (motor* OR pressure OR stimulat* OR neurodevelopment* OR neuromuscular OR neurophysiological OR coordination OR locomote* OR reflex* OR gait OR postur* OR activat* OR innate)
S9	(MH "Child+") OR (MH"Pediatrics+")

#	Suchfrage
S10	TI (babies OR baby* OR child* OR infan* OR kid OR kids OR neonat* OR new-born OR newborn* OR NICU* OR vlbw* OR (very low birth weight*) OR paediat* OR pediat* OR perinat* OR preterm* OR congenital)
S11	S9 OR S10
S12	S7 AND S8 AND S11
S13	(MH "Pediatric Physical Therapy")
S14	S8 AND S13
S15	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S12 OR S14 Limiters – Exclude MEDLINE records

Current Contents, Verlagsdaten, DissOnline (Livivo) am 04.01.2024

#	Suchfrage
S1	Vojta*
S2	((locomotion AND (therap* OR reflex)) OR Lokomotionstherapie* OR Lokomotionstraining OR Reflexlokomotion)
S3	(("reflex creeping" OR "reflex rolling" OR "reflex turning") OR Reflexkriechen OR Reflexumdrehen)
S4	("neurodevelopmental treatment" OR "neurodevelopmental treatments" OR "neurodevelopment treatment" OR "neurodevelopment treatments" OR "Entwicklungsneurologische Therapie" OR NDT-Konzept OR (neurophysiolog* AND Entwicklungstherap*))
S5	("pressure stimulation" OR Druckstimulation OR Druckimpuls*)
S6	(TI=(motor AND skill AND intervention*) OR "motorische interventionen")
S7	(TI=(physioth* OR ((physical OR manual OR manuell OR manipulat*) AND (therap* OR osteopath* OR orthoped* OR orthopäd* OR Behandlung* OR Krankengymnastik))) AND (TI=(motor* OR pressure OR stimulat* OR neurodevelopment* OR neuromuscular OR neurophysiological OR coordination OR locomote* OR reflex* OR gait OR postur* OR activat* OR innate OR Entwicklungstherap* OR Gang* OR Haltung OR Aktivität OR neurophysiologisch OR neuromuskulär OR Lokomot* OR Druck*) OR KW=(motor* OR pressure OR stimulat* OR neurodevelopment* OR neuromuscular OR neurophysiological OR coordination OR locomote* OR reflex* OR gait OR postur* OR activat* OR innate OR Entwicklungstherap* OR Gang* OR Haltung OR Aktivität OR neurophysiologisch OR neuromuskulär OR Lokomot* OR Druck*)) AND TI=(babies OR baby* OR child* OR infan* OR kid OR kids OR neonat* OR new-born OR newborn* OR NICU* OR vlbw* OR very low birth weight* OR paediat* OR pediat* OR perinat* OR preterm* OR congenital OR Kind* OR Neugeboren* OR Säugling OR Pädiat* OR Frühgeburt*))
S8	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7

PEDro am 04.01.2024

#	Suchfrage
S1	Vojta* in Abstract & Title
S2	Locomotion therap* Match all search terms (AND); in Abstract & Title
S3	reflex locomotion Match all search terms (AND); in Abstract & Title
S4	"reflex creeping" in Abstract & Title
S5	"reflex rolling" in Abstract & Title
S6	"reflex turning" in Abstract & Title
S7	"neurodevelopmental treatment" in Abstract & Title
S8	"neurodevelopmental treatments" in Abstract & Title
S9	"neurodevelopment treatment" in Abstract & Title
S10	"neurodevelopment treatments" in Abstract & Title
S11	"pressure stimulation" in Abstract & Title
S12	motor skill intervention* Match all search terms (AND); in Title only

Leitlinien in PubMed am 08.12.2023

verwendete Suchfilter:

Konsentierter Standardfilter für Leitlinien (LL), Team Informationsmanagement der Abteilung Fachberatung Medizin, Gemeinsamer Bundesausschuss, letzte Aktualisierung am 21.06.2017.

#	Suchfrage
1	Psychomotor Disorders[mh] OR Motor Skills Disorders[mh] OR Apraxias[mh]
2	Psychomotor[tiab] AND (Disorder*[tiab] OR Disease*[tiab] OR Impairment*[tiab])
3	((Development*[tiab] AND coordination[tiab]) OR motor skill*[tiab]) AND (Disorder*[tiab] OR Disease*[tiab] OR impairment*[tiab])
4	Apraxia[tiab] OR Dyspraxia[tiab]
5	#1 OR #2 OR #3 OR #4
6	Neurodevelopmental disorders[mh:noexp] OR Movement disorders[mh:noexp] OR Intellectual Disability[mh:noexp] OR Developmental Disabilities[mh] OR

#	Suchfrage
	Communication disorders [mh] OR Learning Disabilities [mh] OR Language Disorders [mh] OR Speech Disorders [mh]
7	((neurodevelopment*[ti] OR development*[ti] OR speech[ti] OR scholastic[ti] OR coordination[ti] OR learning[ti] OR language[ti] OR communication[ti]) AND (disorder*[ti] OR disabilit*[ti] OR disease*[ti] OR dysfunction*[ti]))
8	Dyscalculia*[tiab] OR Dyslexia*[tiab] OR Dysarthria*[tiab] OR Agraphia*[tiab] OR Anomia*[tiab] OR Aphasia*[tiab] OR Dysphasia*[tiab] OR Anepia*[tiab] OR Word Deafness[tiab] OR Logamnesia*[tiab] OR Logagnosia*[tiab] OR Logasthenia*[tiab] OR Alogia*[tiab] OR Echolalia*[tiab] OR Mutism*[tiab] OR Stuttering[tiab] OR Communicative dysfunction*[tiab]
9	#6 OR #7 OR #8
10	Child Development Disorders, Pervasive[mh] OR Neurodevelopmental Disorders[mh] OR Developmental Disabilities[mh] OR Rett Syndrome[mh]
11	asperg*[tiab] OR autis*[tiab] OR kanner*[tiab] OR (childhood[tiab] AND (schizophren*[tiab] OR schizoid[tiab] OR psychos*[tiab])) OR pervasive developmental disorder*[tiab]
12	Rett*[tiab] AND (disorder[tiab] OR syndrom*[tiab])
13	dementia infantilis[tiab] OR disintegrative psychosis[tiab] OR disintegrative disorder[tiab] OR (Heller*[tiab] AND (syndrom*[tiab] OR dementia[tiab])) OR symbiotic psychosis[tiab] OR ((((overactiv*[tiab] OR hyperactiv*[tiab]) AND disorder*[tiab]) OR ADHD[tiab]) AND mental retard*[tiab])
14	#10 OR #11 OR #12 OR #13
15	Muscular Dystrophies[mh] OR myotonic disorders[mh]
16	Muscular dystroph*[tiab] OR Myodystrophica[tiab] OR dilated Cardiomyopath*[tiab] OR limb-girdle[tiab] OR Sarcoglycanopath*[tiab] OR Adhalinopath*[tiab] OR tarui*[tiab] OR (Glycogen Storage Disease[tiab] AND ("type VII"[tiab] OR "type 7"[tiab])) OR Muscle Phosphofructokinase[tiab] OR Emery-Dreifuss[tiab] OR Emerinopath*[tiab] OR Scapuloperoneal[tiab] OR Facioscapulohumeral[tiab] OR Facio-Scapulo-Humeral[tiab] OR Landouzy-Dejerine[tiab] OR Oculopharyngeal Dystroph*[tiab] OR Ricker syndrom*[tiab] OR Steinert disease[tiab]
17	myotoni*[tiab] OR myopath*[tiab] OR (Thomsen*[tiab] AND disease*[tiab]) OR Becker disease*[tiab] OR Eulenburg*[tiab] OR Paramyotonia[tiab]
18	#15 OR #16 OR #17
19	Neurologic Manifestations[mh:noexp] OR Cerebral palsy[mh]
20	Spastic Diplegia[tiab] OR Cerebral palsy[tiab]
21	#19 OR #20
22	Paralysis[mh] OR Paresis[mh] OR Hemiplegia[mh]
23	paralysis[ti] OR paralytic[ti] OR hemiparesis[tiab] OR hemipareses[tiab] OR paresis[tiab] OR pareses[tiab] OR hemiplegia[tiab] OR monoplegia[tiab]
24	#22 OR #23

#	Suchfrage
25	Paraplegia[mh] OR Paraparesis[mh] OR Quadriplegia[mh]
26	Paraplegia*[tiab] OR Parapareses[tiab] OR Paraparesis[tiab] OR Quadriplegia*[tiab] OR quadriparesis[tiab] OR quadripareses[tiab] OR Tetraplegia*[tiab] OR tetraparesis[tiab] OR tetrapareses[tiab] OR (Paralysis[tiab] AND (Limb*[tiab] OR extremit*[tiab]))
27	#25 OR #26
28	Porencephaly[mh] OR Pseudotumor Cerebri[mh] OR Arachnoid Cysts[mh]
29	Porencephal*[tiab] OR Pseudotumor Cerebri[tiab]
30	(Arachnoid[tiab] OR brain[tiab] OR cerebral[tiab]) AND cyst*[tiab]
31	((Benign[tiab] OR idiopathic[tiab]) AND Intracranial[tiab] AND Hypertension[tiab]) OR ((Brain[tiab] OR cerebral[tiab]) AND compression*[tiab])
32	Brain Edema[mh] OR Reye syndrome[mh]
33	((brain[tiab] OR cerebr*[tiab] OR Intracranial[tiab]) AND (edema*[tiab] OR oedema*[tiab])) OR (Brain[tiab] AND swelling[tiab])
34	Reye*[tiab] AND syndrom*[tiab]
35	Persistent Vegetative State[mh]
36	(Permanent[tiab] OR persistent[tiab] OR Post-Traumatic[tiab] OR posttraumatic[tiab] OR Transient[tiab]) AND (Vegetative*[tiab] OR Unawareness[tiab]) AND State*[tiab]
37	#28 OR #29 OR #30 OR #31 OR #32 OR #33 OR #34 OR #35 OR #36
38	Cerebrovascular Disorders/complications[mh:noexp] OR Subarachnoid Hemorrhage [mh] OR Cerebral Hemorrhage[mh] OR Intracranial Aneurysm[mh] OR Cerebral infarction/complications[mh] OR Stroke/complications[mh:noexp] OR Intracranial Arteriovenous Malformations[mh]
39	(brain vascular[tiab] OR cerebrovascular[tiab]) AND (disorder*[tiab] OR disease*[tiab] OR insufficienc*[tiab] OR occlusion*[tiab])
40	(cerebrum[tiab] OR cerebral[tiab] OR intracerebral[tiab] OR brain[tiab] OR subarachnoid[tiab] OR subdural[tiab] OR extradural[tiab]) AND (hemorrhag*[tiab] OR haemorrhag*[tiab] OR bleeding*[tiab])
41	(Cerebral[tiab] OR Communicating[tiab] OR Basilar[tiab] OR Intracranial[tiab] OR Berry[tiab] OR Brain[tiab]) AND Aneurysm*[tiab]
42	(Cerebral[tiab] OR intracranial[tiab]) AND arteriovenous[tiab] AND malformation[tiab]
43	(Embolism*[tiab] OR narrowing[tiab] OR obstruction*[tiab] OR thrombos*[tiab]) AND (arteries[tiab] OR artery[tiab]) AND (basilar[tiab] OR carotid[tiab] OR vertebral[tiab] OR precerebral[tiab])
44	#38 OR #39 OR #40 OR #41 OR #42 OR #43
45	Infant, Low Birth Weight[mh] OR Infant, Premature[mh] OR premature birth[mh] OR gestational age[mh]

#	Suchfrage
46	(low birth weight[ti] OR low birthweight[ti] OR extreme immaturity[ti] OR preterm*[ti] OR (premature[ti] AND (birth*[ti] OR deliver*[ti])) OR ((short[ti] OR small[ti]) AND gestation*[ti]))
47	#45 OR #46
48	myasthenia gravis[mh] OR "neuromuscular diseases"[mh:noexp]
49	Myastheni*[tiab] OR ((musk*[tiab] OR achr*[tiab] OR anti acetylcholine receptor[tiab] OR (muscle specific[tiab] AND kinase[tiab])) AND (mg[tiab] OR ab[tiab] OR antibod*[tiab])) OR gmg[tiab] OR achrab*[tiab] OR ((neuromuscular[ti] OR neuro-muscular[ti]) AND (disease*[ti] OR disorder*[ti]))
50	Muscle Hypertonia[mh] OR Muscle Hypotonia[mh]
51	hypertonia[tiab] OR hypermyotonia[tiab] OR Muscular Hypertonicity[tiab] OR (muscle tone[tiab] AND increased[tiab])
52	Hypotonia[tiab] OR muscle hypoton*[tiab] OR hypomyotonia[tiab] OR floppy muscles[tiab] OR muscular flaccidit*[tiab] OR (muscle tone[tiab] AND (flaccid[tiab] OR atonic[tiab] OR poor[tiab]))
53	#48 OR #49 OR #50 OR #51 OR #52
54	Clubfoot[mh] OR Talipes[mh] OR Metatarsus Varus[mh] OR Flatfoot[mh] OR Metatarsus valgus[mh] OR Talipes Cavus[mh]
55	clubfoot[tiab] OR "club foot"[tiab] OR clubfeet[tiab] OR "club feet"[tiab] OR equinovarus[tiab] OR Pie Torcido[tiab] OR talipes[tiab] OR talipedes[tiab] OR calcaneovarus[tiab] OR Metatarsal varus[tiab] OR metatarsus adductovarus[tiab] OR metatarsus adductus[tiab] OR pigeon toe*[tiab] OR "toeing in"[tiab] OR Hallux varus[tiab] OR Flatfoot[tiab] OR flat foot[tiab] OR flat feet[tiab] OR flatfeet[tiab] OR Convex Foot[tiab] OR Convex Pes Valgus[tiab] OR Pes Planus[tiab] OR Rocker-Bottom Foot[tiab] OR Splayfoot[tiab] OR Calcaneovalgus[tiab] OR vertical talus[tiab] OR Metatarsus valgus[tiab] OR "toeing out"[tiab] OR Pes Cavus[tiab] OR Cavovarus Foot Deformit*[tiab] OR Cavus Deformit*[tiab] OR Cavus Foot[tiab] OR High-Arched Foot[tiab] OR hammer toe[tiab] OR tarsal coalition[tiab] OR vertical talus[tiab] OR (deformit*[tiab] AND (foot[tiab] OR feet[tiab]))
56	#54 OR #55
57	Musculoskeletal Abnormalities[mh:noexp] OR Bone Diseases, Developmental[mh:noexp]
58	(musculoskeletal[ti] OR bone*[ti] OR skeletal[ti] OR orthopaedic[ti] OR orthopedic[ti]) AND (abnormalit*[ti] OR anomal*[ti] OR condition*[ti] OR disorder*[ti] OR deform*[ti] OR defect*[ti] OR malformation*[ti] OR disease*[ti])
59	(deform*[tiab] AND (skull*[tiab] OR head[tiab] OR heads[tiab] OR face*[tiab] OR jaw[tiab] OR jaws[tiab] OR spine*[tiab] OR spinal[tiab] OR chest*[tiab] OR cranial*[tiab] OR cranium[tiab] OR facial[tiab] OR nose[tiab] OR nasal[tiab])) OR deform*[ti]
60	Craniofacial Abnormalities[mh] OR Craniosynostoses[mh]

#	Suchfrage
61	((craniofacial[tiab] OR cranium[tiab] OR cranial[tiab] OR facial[tiab] OR face[tiab]) AND malformation*[tiab]) OR craniostenos*[tiab] OR craniosynostos*[tiab]
62	acrocephal*[tiab] OR brachycephal*[tiab] OR oxycephal*[tiab] OR plagiocephal*[tiab] OR scaphocephal*[tiab] OR trigonocephal*[tiab] OR dolichocephal*[tiab]
63	(lambdoid[tiab] OR metopic[tiab] OR sagittal[tiab] OR coronal [tiab]) AND synostos*[tiab]
64	Skull/abnormalities[mh] OR Plagiocephaly[mh] OR Facial Hemiatrophy[mh] OR Facial Asymmetry[mh]
65	(skull[tiab] AND depression[tiab]) OR flat head syndrom*[tiab] OR (head flattening[tiab] AND reduc*[tiab])
66	((facial[tiab] OR hemifacial[tiab] OR hemi-facial[tiab]) AND atrophy*[tiab]) OR Romberg*[tiab] OR hypertroph*[tiab] OR facial asymmetr*[tiab]
67	Facies[mh]
68	facies[tiab] OR (deviat*[tiab] AND septum[tiab]) OR ((squashed[tiab] OR bent[tiab]) AND nose[tiab])
69	Spinal Curvatures[mh] OR Funnel Chest[mh] OR Pectus Carinatum [mh]
70	scoliosis[tiab] OR lordosis[tiab] OR kyphosis[tiab] OR Scheuermann*[tiab] OR funnel chest*[tiab] OR pectus excavatum[tiab] OR pectus carinatum*[tiab] OR pouter pigeon breast[tiab] OR (Currarino[tiab] AND Silverman[tiab])
71	#57 OR #58 OR #59 OR #60 OR #61 OR #62 OR #63 OR #64 OR #65 OR #66 OR #67 OR #68 OR #69 OR #70
72	Gait[mh] OR Gait Ataxia[mh] OR Locomotion[mh] OR Mobility Limitation[mh] OR Immobilization[mh]
73	((Ataxi*[tiab] OR stagger*[tiab] OR unsteady[tiab] OR Paralytic[tiab] OR spastic[tiab]) AND gait[tiab]) OR (abnormal*[tiab] AND (gait[tiab] OR mobility[tiab]))
74	(walking[tiab] OR ambulation[tiab]) AND (difficult*[tiab] OR limit*[tiab])
75	bedfast[tiab] OR "confined to bed"[tiab] OR chairfast[tiab] OR immobil*[tiab]
76	#72 OR #73 OR #74 OR #75
77	Ataxia[mh] OR Atax*[tiab]
78	(abnormal[tiab] OR uncoordinated[tiab]) AND movement*[tiab]
79	incoordination*[tiab] OR dyscoordination*[tiab] OR rubral tremor*[tiab]
80	#77 OR #78 OR #79
81	Neurologic manifestations[mh:noexp] OR Neuromuscular Manifestations[mh:noexp] OR Tetany[mh] OR Meningism[mh] OR Reflex, Abnormal[mh]
82	neurologic defici*[tiab] OR neurologic dysfunction*[tiab] OR neurologic finding*[tiab] OR neurologic sign*[tiab] OR neurologic symptom*[tiab] OR

#	Suchfrage
	neurologic impairment[tiab] OR neurological defici*[tiab] OR neurological dysfunction*[tiab] OR neurological finding*[tiab] OR neurological sign*[tiab] OR neurological symptom*[tiab] OR neurological impairment[tiab]
83	spasmophilia[tiab] OR tetanilla[tiab] OR tetany[tiab] OR carpopedal spasm*[tiab]
84	(Dupre*[tiab] AND syndrom*[tiab]) OR meningism*[tiab] OR pseudomeningit*[tiab] OR meningitis-like reaction[tiab]
85	((abnormal[tiab] OR bulbocavernosus[tiab] OR absent[tiab] OR decreased[tiab] OR asymmetric[tiab] OR pendular[tiab] OR palmo-mental[tiab] OR Hoffman*[tiab]) AND reflex*[tiab]) OR hyporeflexia[tiab] OR hyperreflexia[tiab]
86	Posture[mh] OR Postural Balance[mh] OR abnormal posture[tiab]
87	Hip Joint[mh] OR Joint Diseases[mh]
88	coxa saltans[tiab] OR snapping hip syndrom*[tiab] OR "dancer hip"[tiab] OR "dancer's hip"[tiab] OR clicking hip[tiab] OR iliopsoas tendinit*[tiab]
89	Perceptual disorders[mh]
90	neglect[tiab] OR asomatognosia[tiab] OR hemineglect[tiab] OR hemiakinesia[tiab]
91	#81 OR #82 OR #83 OR #84 OR #85 OR #86 OR #87 OR #88 OR #89 OR #90
92	#14 OR #47 OR #53 OR #56 OR #71 OR #80 OR #91
93	(#92) AND (adolesc*[tiab] OR babies[tiab] OR baby*[tiab] OR boy[tiab] OR boyhood*[tiab] OR boys[tiab] OR child*[tiab] OR girl[tiab] OR girlhood*[tiab] OR girls[tiab] OR infan*[tiab] OR juvenile*[tiab] OR kid[tiab] OR kids[tiab] OR minors*[tiab] OR neonat*[tiab] OR new-born[tiab] OR newborn*[tiab] OR NICU[tiab] OR NICUs[tiab] OR paediat*[tiab] OR pediat*[tiab] OR perinat*[tiab] OR PICU[tiab] OR PICUs[tiab] OR postmatur*[tiab] OR postmenarch*[tiab] OR post menarch*[tiab] OR postnat*[tiab] OR postneonat*[tiab] OR preadolesc*[tiab] OR premenarch*[tiab] OR pre menarch*[tiab] OR prematur*[tiab] OR prepuberty*[tiab] OR prepubescen*[tiab] OR preschool*[tiab] OR preterm*[tiab] OR puberty[tiab] OR pubescen*[tiab] OR teen*[tiab] OR toddler*[tiab] OR under-age[tiab] OR under-aged[tiab] OR underag*[tiab] OR young*[tiab] OR youth*[tiab] OR adolescent[mh] OR child[mh] OR infant[mh] OR young adult[mh] OR puberty[mh] OR pediatrics[mh] OR congenital[tiab] OR congenital[sh])
94	#5 OR #9 OR #18 OR #21 OR #24 OR #27 OR #37 OR #44 OR #76
95	#93 OR #94
96	(#95) AND (treatment*[ti] OR treating[ti] OR treated[ti] OR treat[ti] OR treats[ti] OR treatab*[ti] OR therapy[ti] OR therapies[ti] OR therapeutic*[ti] OR monotherap*[ti] OR polytherap*[ti] OR pharmacotherap*[ti] OR effect*[ti] OR efficacy[ti] OR management[ti] OR drug*[ti] OR intervention[ti] OR physiotherap*[tiab] OR exercis*[tiab] OR train*[tiab] OR rehab*[tiab] OR recover*[tiab] OR Physical Therapy Modalities[mh] OR therapy[sh])

#	Suchfrage
97	(#96) AND (Guideline[ptyp] OR Practice Guideline[ptyp] OR guideline*[Title] OR Consensus Development Conference[ptyp] OR Consensus Development Conference, NIH[ptyp] OR recommendation*[ti])
98	(#97) AND ("2018/12/01"[PDAT] : "3000"[PDAT])

Iterative Handsuche nach grauer Literatur inklusive internationaler Leitlinien abgeschlossen am 30.01.2024

- Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH)
- Medizinischer Dienst Bund
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE)
- Nationale VersorgungsLeitlinien (NVL)
- Scottish Intercollegiate Guideline Network (SIGN)
- World Health Organization (WHO)
- Dynamed/EBSCO
- ECRI Guidelines Trust (ECRI)
- Guidelines International Network (GIN)
- GuidelineCentral
- Trip Medical Database

Heilmittelkennzahlen und Altersverteilung der Leistungsversicherten KG-ZNS im Jahr 2022

Heilmittelkennzahlen KG-ZNS Kinder Bobath und Vojta im Jahr 2022

HMP4	Heilmittel	Leistungserbringende	Leistungsversicherte	Verordnungen	Behandlungen	Heilmittelausgaben
X0708	KG-ZNS-Kinder nach Bobath	5.188	124.849	261.979	2.584.143	122.101.906,36 €
X0709	KG-ZNS-Kinder nach Vojta	2.386	46.138	89.434	843.322	40.520.370,97 €

Leistungsversicherte KG-ZNS Kinder Bobath und Vojta im Jahr 2022 nach Alter

HMP4	Heilmittel	0 bis 3 Jahre	4 bis 10 Jahre	11 bis 18 Jahre	>18 Jahre
X0708	KG-ZNS-Kinder nach Bobath	78.299	29.023	17.058	502
X0709	KG-ZNS-Kinder nach Vojta	32.183	8.836	5.002	557

Heilmittelkennzahlen KG-ZNS Erwachsene Bobath, Vojta, PNF im Jahr 2022

HMP4	Heilmittel	Leistungserbringende	Leistungsversicherte	Verordnungen	Behandlungen	Heilmittelausgaben
X0710	KG-ZNS Erwachsene nach Bobath	23.348	377.446	1.360.302	16.747.282	645.235.896,33 €
X0711	KG-ZNS Erwachsene nach Vojta	2.268	15.641	48.988	630.571	24.258.223,95 €
X0712	KG-ZNS Erwachsene nach PNF	14.560	164.075	548.515	6.573.221	253.136.897,87 €

Leistungsversicherte KG-ZNS Erwachsene Bobath, Vojta, PNF im Jahr 2022 nach Alter

HMP4	Heilmittel	<18 Jahre	18 bis 20 Jahre	21 bis 25 Jahre	26 bis 30 Jahre	31 bis 40 Jahre	41 bis 60 Jahre	> 61 Jahre
X0710	KG-ZNS Erwachsene nach Bobath	695	3.388	7.399	8.214	23.002	92.056	242.805
X0711	KG-ZNS Erwachsene nach Vojta	126	587	802	700	1.595	4.526	7.313
X0712	KG-ZNS Erwachsene nach PNF	172	629	2.096	2.718	8.662	40.118	109.730

TOP 10 ICD-Dreisteller und Umsatzanteile KG-ZNS Kinder im Jahr 2022

	X0708	KG-ZNS-Kinder nach Bobath	Umsatzanteil 2022
1	F82	Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen	20,11%
2	G80	Infantile Zerebralparese	13,01%
3	F83	Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen	12,74%
4	R27	Sonstige Koordinationsstörungen	7,40%
5	F84	Tief greifende Entwicklungsstörungen	6,58%
6	Q67	Angeborene Muskel-Skelett-Deformitäten des Kopfes, des Gesichtes, der Wirbelsäule und des Thorax	5,75%
7	R29	Sonstige Symptome, die das Nervensystem und das Muskel-Skelett-System betreffen	4,87%
8	P07	Störungen im Zusammenhang mit kurzer Schwangerschaftsdauer und niedrigem Geburtsgewicht, anderenorts nicht klassifiziert	4,44%
9	Q90	Down-Syndrom	3,58%
10	Q66	Angeborene Deformitäten der Füße	3,35%
	X0709	**KG-ZNS-Kinder nach Vojta**	**Umsatzanteil 2022**
1	F82	Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen	18,36%
2	G80	Infantile Zerebralparese	11,48%
3	R27	Sonstige Koordinationsstörungen	10,56%
4	F83	Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen	10,02%
5	Q67	Angeborene Muskel-Skelett-Deformitäten des Kopfes, des Gesichtes, der Wirbelsäule und des Thorax	7,04%
6	R29	Sonstige Symptome, die das Nervensystem und das Muskel-Skelett-System betreffen	5,65%
7	P07	Störungen im Zusammenhang mit kurzer Schwangerschaftsdauer und niedrigem Geburtsgewicht, anderenorts nicht klassifiziert	5,16%
8	F84	Tief greifende Entwicklungsstörungen	4,54%
9	Q66	Angeborene Deformitäten der Füße	3,96%
10	P94	Störungen des Muskeltonus beim Neugeborenen	3,34%

TOP 10 ICD-Dreisteller und Umsatzanteile KG-ZNS Erwachsene im Jahr 2022

	X0710	KG-ZNS Erwachsene nach Bobath	Umsatzanteil 2022
1	G81	Hemiparese und Hemiplegie	21,56%
2	G82	Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie	17,54%
3	G35	Multiple Sklerose [Encephalomyelitis disseminata]	14,05%
4	G20	Primäres Parkinson-Syndrom	13,43%
5	I69	Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit	7,26%
6	I63	Hirninfarkt	6,70%
7	G80	Infantile Zerebralparese	5,62%
8	R26	Störungen des Ganges und der Mobilität	4,04%
9	I64	Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet	3,17%
10	G93	Sonstige Krankheiten des Gehirns	2,21%

	X0711	KG-ZNS Erwachsene nach Vojta	Umsatzanteil 2022
1	G82	Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie	22,54%
2	G35	Multiple Sklerose [Encephalomyelitis disseminata]	18,41%
3	G81	Hemiparese und Hemiplegie	14,82%
4	G80	Infantile Zerebralparese	9,70%
5	G20	Primäres Parkinson-Syndrom	7,95%
6	I69	Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit	4,63%
7	I63	Hirninfarkt	3,75%
8	R26	Störungen des Ganges und der Mobilität	3,03%
9	G71	Primäre Myopathien	2,26%
10	G93	Sonstige Krankheiten des Gehirns	1,98%

	X0712	KG-ZNS Erwachsene nach PNF	Umsatzanteil 2022
1	G81	Hemiparese und Hemiplegie	19,89%
2	G82	Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie	16,15%
3	G20	Primäres Parkinson-Syndrom	15,87%
4	G35	Multiple Sklerose [Encephalomyelitis disseminata]	15,36%
5	I69	Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit	7,28%
6	I63	Hirninfarkt	6,61%
7	R26	Störungen des Ganges und der Mobilität	4,81%
8	G80	Infantile Zerebralparese	3,86%
9	I64	Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet	3,12%
10	I61	Intrazerebrale Blutung	1,79%

Bewertung und methodische Aspekte zu Sánchez-Gonzáles et al. (2024) [47]

In den systematischen Review wurden folgende Dokumente nicht eingeschlossen: systematische Reviews, Studienprotokolle, Studien zur Lebensqualität, Einzelfallberichte, Kongressbeiträge und Publikationen zur Diagnostik nach Vojta.

Suchzeitraum und Recherche

Die Recherche wurde in Medline(PubMed), SCOPUS, Empase, Cochrane Library und im Web of Science vom 11. November 2023 bis 11. Dezember 2023 durchgeführt. Der Suchzeitraum wurde nicht eingegrenzt. Die Meta-Analyse wurde im International Prospective Register of systematic Reviews (PROSPERO) regristiert (CRD42023476848).

Der Ein- bzw. Ausschluss der Studien erfolgte im 4-Augen Prinzip. Bei Diskrepanzen zur Entscheidung wurde eine dritte Person eingebunden.

Bewertung der methodischen Qualität mir der PEDRO Skala

Zusätzlich erfolgte eine Bewertung der methodischen Qualität mit der Physiotherapy Evidence Database (PEDRO) Skala. Dabei werden 11 Kriterien abgefragt, um die interne und externe Validität zu beurteilen (siehe Abbildung unten).

Die methodischen Kriterien wurden wie folgt bewertet: ja (ein Punkt), nein oder unbekannt (je null Punkte). Der PEDro-Score wird durch Addition für jede einzelne Studie bestimmt, wobei das 1. Kriterium (Bezug zur externen Validität) nicht in die Berechnung eingeht. Werte von 9 bis 10 stehen für eine ausgezeichnete methodische Qualität, 6 bis 8 bedeutet eine gute methodische Qualität, 4 bis 5 Punkte weisen auf eine mittelmäßige und 3 bis 0 Punkte auf eine schlechte methodische Qualität hin.

Die Inter-Rater-Reliabilität zwischen den beiden Gutachtern bzgl. der Bewertung methodischen Qualität mit der PEDRO Skala war ausgezeichnet (Kappa-Koeffizient = 0,88).

Study	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Total
Studies on clinical evidence in pediatric neurological disorders												
Ha et al., 2018 (52)	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	Y	Y	8
Ha et al., 2022 (53)	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y	Y	Y	Y	Y	9
Kavlak et al., 2022 (54)	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	Y	Y	8
Nipaporn et al., 2022 (59)	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y	Y	Y	Y	Y	9
Sung et al., 2019 (58)	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	Y	Y	8

Legende: Y = ja = 1 Punkt, N = Nein/Unbekannt = 0 Punkte
Spaltenbezeichnung:

(1) Ein- und Ausschlusskriterien wurden spezifiziert (dies geht nicht in die Summenbildung ein).
(2) zufällige Zuteilung der Probanden
(3) verdeckte Zuteilung
(4) Messung der Ähnlichkeit zwischen den Gruppen bei Studienbeginn
(5) Verblindung der Probanden
(6) Verblindung der Therapeuten
(7) Verblindung der Prüfer
(8) weniger als 15 % Studienabbrecher
(9) Intention-to-treat-Analyse
(10) statistische Vergleiche zwischen den Gruppen
(11) Punktmaße und Variabilitätsdaten

Bewertung des Verzerrungsrisikos

Die eingeschlossenen RCTs wurden mit dem Risk of Bias in clinical trials (RoB-2) bewertet. Folgende fünf Bereiche wurden untersucht: (D1) Verzerrung aufgrund des Randomisierungsprozesses, (D2) Verzerrung aufgrund von Abweichungen von den geplanten Interventionen, (D3) Verzerrung aufgrund fehlender Ergebnisdaten, (D4) Verzerrung bei der Messung des Ergebnisses und (D5) Verzerrung bei der Auswahl des berichteten Ergebnisses.

Die Ergebnissicherheit wurde mit dem Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation (GRADE) bewertet.

Auszug aus Sánchez-Gonzáles et al. (2024) [47]

TABLE 4 Characteristics of the included studies on children with neurological disorders.

Study	Design	Population	Group (sample size)	Protocol intervention	Outcomes	Results
Ha et al., 2018 (52)	RCT	Children with spastic cerebral pals	Control group CG (5)	Trunk strengthening exercises and gait training.	Gross motor function (GMFM-88)	Significant improvements in sitting GMFM-88 dimension before and after intervention in the VT group.
			Vojta group EG (5)	Vojta therapy		
Ha et al., 2022 (53)	RCT	Infant children with genetic disorders/ central hypotonia	Control group CG (10)	Exercises for Trunk stabilization, pelvic control in a sitting, lower limb strengthening, and balance in sitting and standing.	Abdominal muscle thickness ultrasonography. Segmental Assessment of Trunk Control (SATCo) Trunk angle sagittal plane and Trunk Sway with Dartfish software program and video-recording; Gross Motor Function Measure-88 (GMFM-88)	Abdominal muscle thickness rates: EG was significantly thicker than CG post-intervention. The thickness changes (post–pre) were significantly higher in the EG than in CG. SATCo trunk angles pre-post: Static control sagittal plane larger angles in the EG vs. CG at T3, T11, L3. Reactive control control sagittal plane decreased EG vs. CG at L3, S1. Coronal plane only S1 decreased EG vs. CG.
			Vojta group EG (10)	Vojta therapy		
Kavlak et al., 2022 (54)	RCT	Down Syndrome aged between 0 and 2 years	CG-NDT (12)	Bobath-NDT	Alberta Infant Motor Scale (AIMS) Beck Depression Scale (parents) Nottingham Health Profile (Quality of life, Parents)	Motor development significantly changes before and after in both groups. No differences were found between groups when comparing baseline and after-treatment scores. Beck Depression Scale and Nottingham Health Profile (parents) positive statistical differences pre-post on both groups, with no differences between groups.
			Vojta Group EG (11)	Vojta therapy		
Li et al., 2007 (55)	CT	Children with Cerebral palsy	Vojta group (138)	Vojta therapy, Bobath-NDT, traditional Chinese medicine massage, and acupuncture.	GMFM-88	Significant differences in pre-post GMFM scores. Significant differences in the improvements of GMFM among the different developmental levels.

(Continued)

TABLE 4 (Continued)

Study	Design	Population	Group (sample size)	Protocol intervention	Outcomes	Results
Sanz-Mengibar et al., 2021 (56)	CT	Children with cerebral palsy between 0 and 18 months	Vojta group (16)	Vojta therapy	Acceleration values and rate of item acquisition of GMFM-88	Rate of acquisition of items and acceleration values significantly improved after the intervention.
Ungurenanu et al., 2022 (60)	CT	Children with cerebral palsy 3–11 years old	Vojta group (12)	Vojta therapy + NDT	Berg Balance scale Stabilimeter	Significant differences in pre- and post-intervention Berg Scores. Significant improvements in leg weight-bearing symmetry in standing, with small size effect.
Nipaporn et al., 2022 (59)	RCT	Children with CP, GMFCS IV and V.	Control group CG (12)	Functional training based on motor development to control head, trunk, and limbs. The home program to the parents. 60 min sessions. Twice a week, for 8 weeks + parents' home program twice a day for 20 min.	GMFM-88 total score and individual dimensions: (a) lying and rolling, (b) sitting, and (c) crawling Range of motion (ROM): hip, knee, and ankle joints 5-point Likert scale for parents' satisfaction	GMFM-88 total scores of both groups were significantly increased from the baseline. Dimension lying and rolling significantly greater improvement in the EG than in the CG. Significant improvements in EG in lying, rolling, and sitting, but not statistically significant in the crawling dimension. CG tended to improve but the difference was not statistically significant. No significant differences in CG in any dimension from the baseline. Significant increase ROM: bilateral hip flex, bilateral hip ext., left knee flex, and bilateral ankle dorsiflex in both groups. Improvements were not statistically significant for bilateral knee extension and bilateral ankle plantarflex in both groups. No data about significant differences between groups in ROM. Parent's satisfaction scores in both groups were 5 (100%)
			Vojta therapy EG (12)	Vojta therapy		
Phongprapapan et al., 2023 (57)	prospective case series	Post lower limb surgery of children with CP aged 3–13 years old, and GMFCS I, II, and III.	Vojta group (11)	Vojta therapy	Video gait analysis in a 20-m walkway: walking distance cadence, speed, stride length, stride time. Expanded timed get-up-and-go test (ETGUG) Six minutes walking test (6MWT)	Significant improvements pre- and post-intervention in 6MWT, ETGUG, cadence, velocity, stride length, and stride time at 6 months following corrective musculoskeletal surgery and postoperative VT. Multivariable multilevel linear regression analysis demonstrated that all outcomes significantly improved pre-post operation, but also during the 4 months post-op with VT only.

(Continued)

TABLE 4 (Continued)

Study	Design	Population	Group (sample size)	Protocol intervention	Outcomes	Results
Sung et al., 2020 (58)	RCT	Children with spastic CP and GMFCS I to III.	Control group CG (7)	Exercise including trunk strengthening exercise and gait training	Abdominal muscle thicknesses (ultrasound scan) Temporospatial gait parameters (GAITRite electronic walkway) Foot pressure distribution (GAITRite electronic walkway)	In the EG pre-post, significantly increased thickness of rectus anterior and external oblique, while transversus did not change. Stance time and step width were significantly decreased. However, single support % of cycle and functional ambulation profile were significantly increased. In the CG pre-post, significantly increased thickness of Ext Oblique but Trasversus was significantly decreased. Single support % of the cycle was significantly decreased. Between groups pre-post: Rectus Ant was significantly increased in the EG compared to CG comparison, as well as Swing time, single support % of cycle, and functional ambulation profile. Stance time and step width were significantly decreased compared to CG (more stability?). Rearfoot pressure was significantly increased while forefoot was significantly decreased compared to CG (more stability?).
			Vojta group EG (6)	Vojta therapy		

RCT, randomized controlled trial; CT, clinical trial; EG, experimental group; CG, control group; VT, Vojta therapy; CP, cerebral palsy; GMFCS, gross motor function classification system; GMFM-88, gross motor function measurement 88; SATCo, Segmental Assessment of Trunk Control; T, thoracic; L, lumbar; S, sacral; NDT, neurodevelopmental therapy; AIMS, Alberta Infant Motor Scale; ROM, range of motion; ETGUG, expanded timed get-up-and-go test; 6MWT, six-minute walking test.

Auszug: Novak et al. 2020 [43]

Hauptergebnisse inkl. GRADE-Bewertung (supplement; table 1)

Intervention	Outcome [ICF Level]	Citations	Population	Dose	Panel Comments	GRADE		Traffic Light
						Quality	Recommendation	
ALLIED HEALTH INTERVENTIONS FOR MANAGING CEREBRAL PALSY								
77 Early Intervention – Votja	136 Improved gross motor skills [A]	Morgan 2016a[79]	CP & High risk of CP 0-2 yrs	Varied	2 new systematic reviews. Votja did not confer improved gross motor skills. (-2 Risk of Bias; -1 Indirectness). Evidence to Decision Considerations: Pain affecting acceptability. Substitute interventions exist that confer improved motor skills. Status update since 2013: Quality upgraded from very low to low in this age group. Recommendations for use unchanged.	Low	Weak -	Yellow
		Hadders-Algra 2017[80]	–	–				
COMPLIMENTARY AND ALTERNATIVE MEDICINE INTERVENTIONS FOR MANAGING CEREBRAL PALSY								
181 Vojta	385 Improved gross motor function [BS & A]	Sun-Young 2018[244]	CP GMFCS I-III 3-6 yrs	30 mins 3x wk, for 6 wks	1 RCT. No between group differences for Vojta v trunk strengthening + gait training for gross motor function. (-2 Risk of Bias). Evidence to Decision Considerations: Effective gross motor training substitutes exist. Status update since 2013: No change in quality or recommendation for use grading since 2013 review.	Low	Weak -	Yellow
		Franki 2012[245]	CP <1 yrs		1 Controlled Trial, non-randomised. (-2 Risk of Bias). Authors conclude Vojta conferred improved gross motor function. However this study has a number of serious confounders and the results must be interpreted very cautiously: the group allocation were assigned by how much therapy the child did retrospectively ie the high intensity was Vojta, the control was low-dose Vojta or no therapy; the children were ex-preterm and had risks for CP not a confirmed diagnosis or known severity at baseline. Franki 2012 concluded the effectiveness of Vojta remains unknown. Status update since 2013: No change in quality or recommendation for use grading since 2013 review.			
		Myrhaug 2014[246]	–	–	Superseded by Franki 2012.			
	386 Improved diaphragm size during inspiration [BS]	Sun-Young 2018[244]	CP GMFCS I-III 3-6 yrs	30 mins 3x wk, for 6 wks	1 RCT. Vojta conferred improved diaphragm size during inspiration compared to control muscle strengthening and gait training. (-2 Risk of Bias). Evidence to Decision Considerations: Effective gross motor training substitutes exist. Status update since 2013: Newly listed indication.	Low	Weak +	Yellow

Abteilung Fachberatung Medizin

Überprüfung der HeilM-RL hinsichtlich der Regelungen zur Krankengymnastik zur Behandlung von ZNS-Erkrankungen

Rückmeldungen zum Themenkomplex I:

Indikationen / Kontraindikationen

Auftrag / Anfrage von: AG Heilmittel-RL

Bearbeitet von: FBMed

Datum: 1. August 2025

Letzte Aktualisierung: 1. August 2025

Dateiname: STN_Vojta_Teil_I_2025-08-01.docx

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis 3
Abkürzungsverzeichnis 4
1 Sachverhalt 5
2 Methodisches Vorgehen 6
3 Ergebnisse 11
3.1 Aussagen zu Indikationen 11
3.2 Aussagen zu Kontraindikationen 23
3.3 Unaufgefordert eingereichte Stellungnahmen 30
4 Zusammenfassung 33
5 Referenzen 36
Anhang: Originalantworten auf Frage 4: Indikationen 40
Anhang: Originalantworten auf Frage 5: Kontraindikationen 48

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Liste der eingegangenen Stellungnahmen 7

Tabelle 2: Rückmeldungen zu Indikationen 13

Tabelle 3: Zitierte Quellen zu Frage 4 18

Tabelle 4: Rückmeldungen zu Kontraindikationen 24

Tabelle 5: Zitierte Quellen zu Frage 5 29

Abkürzungsverzeichnis

AEVO	Asociación Española de Vojta / Spanische Vojta Organisation
ALS	Amyotrophe Lateralsklerose
AMC	Arthrogryposis multiplex congenita
BVDfK	Bundesverband „Das frühgeborene Kind“
CP	Cerebralparese/Zerebralparese
DGKJ	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V.
DGN	Deutsche Gesellschaft für Neurologie e. V.
DGNR	Deutsche Gesellschaft für Neurorehabilitation e. V.
DGOU	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V.
DGPTW	Deutsche Gesellschaft für Physiotherapiewissenschaft e. V.
DGSPJ	Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie e. V.
DMGP	Deutschsprachige Medizinische Gesellschaft für Paraplegiologie e. V.
FBMed	Fachberatung Medizin
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GNP	Gesellschaft Neuropädiatrie e. V.
HeilM-RL	Heilmittel-Richtlinie
HMK	Heilmittelkatalog
ICP	Infantile Cerebralparese
IFK	Interessengemeinschaft freiberuflicher Krankengymnasten / heute: Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten – IFK e. V.
IVG	Internationale Vojta Gesellschaft e. V.
LL	Leitlinie
MMC	Myelomeningocele
MS	Multiple Sklerose
NDT	Neurodevelopmental Therapy / Bobath Therapie
Pat.	Patientin/Patient/Patientinnen/Patienten
PNF	Propriozeptive Neuromuskuläte Fazilitation
PNS	Peripheres Nervensystem
PS	Parkinson-Syndrom
RCT	randomised controlled trial / randomisierte kontrollierte Studie
ReMoS	Rehabilitation der Mobilitat nach Schlaganfall
SHT	Schädel-Hirn-Trauma
SN	Stellungnahme/n
USCP	Unilateral spastic cerebral palsy / Unilaterale spastische Zerebralparese
VAKJP	Vereinigung für analytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in Deutschland
VIFF-BV	Vereinigung für Interdisziplinäre Frühförderung – Bundesvereinigung e. V.
VPT	Verband für Physiotherapie e. V.
Vrg.	Vereinigung
VT	Vojta-Therapie
WB	Wissenschaftsbeirat
ZKS	Zentrale Koordinationsstörung
ZNS	Zentrales Nervensystem

1 Sachverhalt

Mit Beschluss des G-BA vom 16. Januar 2025 wurde ein Beratungsverfahren zur Überprüfung Regelungen zur Krankengymnastik zur Behandlung von ZNS-Erkrankungen der HeilM-RL eingeleitet. Vor diesem Hintergrund hat der G-BA eine schriftliche Expertenbefragung mit Hilfe eines Fragebogens durchgeführt.

In ihrer Sitzung am 26.06.2025 tauschte sich die AG HeilM-RL hierzu erstmalig aus und vereinbarte, die FBMed zur Aufbereitung wie folgt zu beauftragen:

Aufgrund der umfangreichen Rückmeldung zur Expertenbefragung bittet die AG HeilM-RL die FBMed um Sichtung sowie Strukturierung der eingegangenen Rückmeldung der Experten sowie um eine Einordnung der der jeweiligen Fragestellung beigefügten Literatur im Hinblick auf die gegebenen Expertenantworten.

Dabei bittet die AG HeilM-RL die Aufbereitung nach folgenden Themenkomplexen zu strukturieren:

I. Indikationen / Kontraindikationen
   (Fragen 4 und 5)
II. Schädigungen / Nebenwirkungen / Langzeitfolgen
   (Fragen 10, 13, 14, 15 und 16)
III. Durchführung
   (Fragen 3, 6, 8 und 9)
IV. Vergleich Vojta vs. andere Therapien
   (Fragen 7, 11 und 12)
V. Wirkprinzipien / Entwicklung Therapiekonzept
   (Fragen 1 und 2)

2 Methodisches Vorgehen

Im Rahmen der Expertenbefragung zur Überprüfung der Heilmittel-Richtlinie hinsichtlich der Regelungen zur Krankengymnastik zur Behandlung von ZNS-Erkrankungen wurde ein Fragebogen mit zehn allgemeinen Fragen zur Vojta-Therapie und sechs besonderen Fragen zur Vojta-Therapie bei Säuglingen und Kindern versandt.

Aufgrund der umfangreichen Antworten wurden fünf Themenkomplexe definiert: Der erste Themenkomplex zu Indikationen und Kontraindikationen umfasst die Fragen 4 und 5 aus dem Teil I mit den allgemeinen Fragen zur Vojta-Therapie (siehe Unterkapitel 3.1 und 3.2).

Die vollständigen Originalantworten zu den Fragen 4 und 5 finden sich im Anhang.

Für die Operationalisierung wurden Exzerpte/Zusammenfassungen der Antworten erstellt (siehe Ergebnisteil). Dabei wurden auch die jeweils angegebenen Literaturstellen überprüft und bzgl. Aussage und Evidenzstufe eingeordnet.

Im Ergebniskapitel wurden im Falle von „keine Angabe“, von Verweisen ohne inhaltlich relevante Angaben und bei nicht beantworteten Fragen die entsprechenden Felder in den Tabellen grau unterlegt und mit „./.“ kenntlich gemacht.

Bewertung der genannten Evidenzquellen

Die Zuordnung nach Evidenzstufen orientiert sich an der Bewertung therapeutischer Methoden gemäß Verfahrensordnung §11 des G-BA [15]:

a) I a systematische Übersichtsarbeiten von Studien der Evidenzstufe I b,
b) I b randomisierte klinische Studien,
c) II a systematische Übersichtsarbeiten von Studien der Evidenzstufe II b,
d) II b prospektive vergleichende Kohortenstudien,
e) III retrospektive vergleichende Studien,
f) IV Fallserien und andere nicht vergleichende Studien,
g) V Assoziationsbeobachtungen, pathophysiologische Überlegungen, deskriptive Darstellungen, Einzelfallberichte, nicht mit Studien belegte Meinungen anerkannter Expertinnen und Experten, Berichte von Expertenkomitees und Konsensuskonferenzen.

Für Leitlinien wurde die Klassifikation nach AWMF angegeben. Da sich Bücher bzw. Buchkapitel nicht unter die Evidenzstufen I bis IV einordnen lassen, wurde ihnen die Evidenzstufe V zugeordnet. Hiermit ist jedoch keine Bewertung der Qualität oder des fachlichen Niveaus der jeweiligen Abhandlung verbunden.

Übersicht über die eingegangenen Stellungnahmen

Es liegen insgesamt 23 Rückmeldungen vor, davon 17 mit dem ausgefüllten Fragebogen (siehe Tabelle 1).

Von der Rumänischen Vojta Gesellschaft, der Spanischen Vojta Gesellschaft (AEVO), der Tschechischen Vojta Gesellschaft, einer Pädiaterin und dem Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ (BVDfK) wurden unaufgefordert Stellungnahmen an den G-BA geschickt. Diese unaufgefordert eingereichten Stellungnahmen wurden separat betrachtet und es wurde überprüft, ob sich zusätzlich thematisch relevante weitere Informationen finden lassen (siehe Unterkapitel 3.3).

Tabelle 1: Liste der eingegangenen Stellungnahmen

Nr.	Organisation / Expertin / Experte	Ausgefüllter Fragebogen	Anmerkungen/ Statements
01	Deutsche Gesellschaft für Neurologie e. V. (DGN)	**Ja**	./.
02	Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten e. V. (IFK)	**Ja**	./.
03	Deutschsprachige Medizinische Gesellschaft für Paraplegiologie e. V. (DMGP)	**Ja**	./.
04	Bobath Zukunft! e. V.	**Ja**	Nennung der Mitglieder der Arbeitsgruppe
05a	Vereinigung für Interdisziplinäre Frühförderung – Bundesvereinigung e. V. (VIFF-BV)	**Ja**	Beschreibung des Vorgehens und Zusatzinformationen
05b	Physiotherapie / Frühforderung Lebenshilfe Dresden e. V. (VIFF-Sachsen_Lebenshilfe DD)	**Ja**	Hinweis: Bezug zu VIFF-BV
06	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V. (DGOU) - Sektion Ki-Ju-Ortho-Trauma und Sektion Rehabilitation - Physikalische Therapie der DGOU	**Ja**	./.
07	Deutscher Verband für Physiotherapie e. V. (Physio-Deutschland)	**Ja**	./.
08	Deutsche Gesellschaft für Physiotherapiewissenschaft e. V. (DGPTW)	**Ja**	./.
09a	Bobath Vereinigung e. V. - Wissenschaftsbeirat („*vertreten durch Mitglieder unseres Wissenschaftsbeirates*“)	**Ja**	./.
09b	Bobath Vereinigung e. V. - Therapeuten („*vertreten durch eine Physiotherapeutin mit Bobath- und Vojta-Zertifikat*“)	**Ja**	./.
10	Vereinigung für analytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in Deutschland e. V. (VAKJP)	**Ja**	./.
11	Deutsche Gesellschaft für Neurorehabilitation e. V. (DGNR)	**Ja**	./.
12	Gesellschaft Neuropädiatrie e. V. (GNP)	**Ja**	Statement

Fortsetzung Tabelle 1

Nr.	Organisation / Expertin / Experte	Ausgefüllter Fragebogen	Anmerkungen/ Statements
13	Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie e. V. (DGSPJ)	**Ja**	./.
14	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DGKJ)	./.	Anschluss an SN der DGSPJ und der GNP, Statement
15	Verband für Physiotherapie e. V. (VPT)	**Ja**	./.
16	Internationale Vojta Gesellschaft e. V. (IVG)	**Ja**	Curriculum; Literaturliste und Zusatzinformationen
17	Rumänische Vojta Gesellschaft	./.	Statement
18	Spanische Vojta Gesellschaft (AEVO)	./.	Informationen und Literaturangaben
19	Tschechische Vojta Gesellschaft	./.	Statement
20	Pädiaterin	./.	Erfahrungsbericht
21	Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e. V. (BVDfK)	./.	Statement

Anmerkungen und Statements aus den Rückmeldungen der Experten

Im Folgenden werden die zusätzlichen Anmerkungen, Informationen bzw. Statements einmalig und zum Teil in gekürzter Form aufgeführt.

Die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) hat sich in ihrer Stellungnahme ausdrücklich den Positionen der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie (DGSPJ) und der Gesellschaft Neuropädiatrie e. V (GNP) angeschlossen und unterstützt sie.

„Darüber hinaus möchten wir aber besonders auf den Missstand hinweisen, dass die Ausbildung von Physiotherapeuten derzeit das Themengebiet ZNS Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen nicht relevant umfasst. Es wäre daher für die unstrittig zwingend notwendige Physiotherapie bei solchen schwer erkrankten Kindern katastrophal, wenn diese Therapieformen aufgrund einer kritischen Beurteilung der Voijta Therapie wegfallen würde, zumal ja auch Effekte über die primär neurologische Wirkung erzielt werden können (z. B. Atemstimulation bei Frühgeborenen). Vielmehr muss die inhaltliche Ausbildung von Physiotherapeuten in diesen Themenbereichen verpflichtend ausgebaut werden und die Forschung zur Physiotherapie bei Kindern mit ZNS Erkrankungen gefördert werden.“

Anmerkung FBMed: Da der Fragebogen von der DGKJ nicht ausgefüllt wurde, wird die Positionierung der DGKJ durch die Verwendung der Bezeichnungen DGSPJ/DGKJ und GNP/DGKJ kenntlich gemacht.

Die Vereinigung für Interdisziplinäre Frühförderung – Bundesvereinigung (VIFF) e. V. hat die Unterlagen zur Expertenbefragung an die Kinder und Jugendambulanzen / Sozialpädiatrische

Zentren in Berlin, an die Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie (DGSPJ), die Gesellschaft Neuropädiatrie e. V. (GNP) und die Internationale Vojta Gesellschaft (IVG) weitergeleitet. Zudem wurde eine Literaturrecherche in Pubmed und Livivo durchgeführt (ohne weitere Angaben). Es gab zwei Rückmeldungen auf eine interne Umfrage:

1. Die stellvertretende Vorsitzende der VIFF Landesvereinigung Bayern hat den vorliegenden Fragebogen ausgefüllt.
2. Die stellvertretende Vorsitzende der IVG hat Freitexte mit Literaturangaben erstellt und Fragen der VIFF Bundesvereinigung beantwortet.

Die VIFF BV kommt zu folgender Schlussfolgerung:

„Folgt man den einschlägigen Fachpublikationen ist die Vojta-Therapie eine fachlich entwickelte besonders effektive physiotherapeutische Behandlung zur Aktivierung der Reflexlokomotion bei cerebralen Schädigungen aber auch Bewegungsstörungen anderer Art.

In der Vojta-Therapie wird der Belastbarkeit und der Beziehung zu den Hauptbezugspersonen besondere Aufmerksamkeit und Beachtung geschenkt.

Aus unserer Sicht ist für die Vojta-Therapie wie für alle anderen Therapien hinsichtlich der Qualitätskontrolle Folgendes erforderlich:

- *die Weiterentwicklung von Therapie-Konzepten, mit Integration neuer Forschungsergebnisse*
- *wissenschaftliche Untersuchungen zur Evidenz der Therapien auch hinsichtlich unterschiedlicher Lebens-Bereiche- z.B. Motorische Entwicklung, Teilhabe-Selbstständigkeit, Zufriedenheit, Beziehungsqualität zu wichtigen Bezugspersonen*
- *die Supervision der Behandlung“*

Anmerkung FBMed:

Zu 1. Die Aussagen des ausgefüllten Fragebogens wurden als Stellungnahme der VIFF Bundesvereinigung aufgenommen und gewertet.

Zu 2. In der Literatur, die von der stellvertretenden Vorsitzenden der IVG angegeben wurde, fand sich keine zusätzliche Evidenz. Die genannten Quellen waren bereits über die Antworten in den Fragebögen bekannt. Eine Darstellung bzw. Wiedergabe der Freitexte wurde – da keine Zuordnung zum Fragebogen erkennbar war – nicht vorgenommen. Zudem ist davon auszugehen, dass die Aussagen der stellvertretenden Vorsitzenden der IVG mit den Angaben der IVG kongruent sind.

Physiotherapie / Frühforderung Lebenshilfe Dresden e. V. (VIFF-Sachsen_Lebenshilfe-DD): *„Diese Stellungnahme ändert nichts inhaltlich an der Stellungnahme der Vereinigung für Interdisziplinäre Frühförderung - Bundesvereinigung (VIFF) e. V*.“

Die Gesellschaft Neuropädiatrie e. V. (GNP) *„unterstützt mit Nachdruck den hier erkennbaren Reformprozess; (…).“*

*„Gleichwohl legt die GNP Wert darauf, dass bei der Bewertung durch den GBA der **Gesamthintergrund** der **Physiotherapie für Kinder** mit ZNS- Erkrankungen einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen (KG-ZNS-Kinder) hinsichtlich*

(1) *Berücksichtigung in bestehenden Ausbildungscurricula zum Beruf der Physiotherapeutin/des Physiotherapeuten,*
(2) *berufsbegleitenden neuropädiatrischen Ausbildungsmöglichkeiten,*
(3) *praktischem und theoretischen berufsbegleitenden Kompetenzerwerb und*
(4) *der erforderliche Zeitbedarf*

berücksichtigt wird, um die erforderliche Behandlungsqualität für Kinder und Jugendliche in diesem Indikationsspektrum sicher zu stellen.“

„Die internationale, an Wirkprinzipien und Inhalten orientierte Terminologie spiegelt sich in der heute gültigen Heilmittelrichtlinie nicht wider.“

„Gleichzeitig werden seitens der Neuropädiatrie die Grundkonzepte der Physiotherapie für Kinder mit ZNS-Erkrankungen betont: ,,Aktivität, Authentizität, Alltagsrelevanz, (realistische) Alltagsziele und Individualität", dies angepasst an den jeweiligen Krankheitskontext, psychologischen Kontext und sozialen (familiären) Kontext. Konkret bedeutet dies:

- *eine evidenzbasierte Befundung und Behandlung kindlicher ZNS-Erkrankungen,*
- *Ressourcen für eine individualisierte Therapieplanung mit Kind und Familie/Bezugspersonen und ggf. Mitbehandlern,*
- *ein durch Methodenkompetenz untermauerter Einbezug der Eltern und der Familie in den Therapieprozess, sowie*
- *eine (selbst-)reflektierte interdisziplinäre Zusammenarbeit mit allen an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen.“*

„Der GNP ist es an dieser Stelle deshalb wichtig, (…) dass nicht aus der Kritik an einzelnen Verfahren die zusätzliche Zeit und Kompetenz für Kinder in der Physiotherapie gleich mit in Frage gestellt oder "abgeschafft" wird.“

Anmerkung FBMed: Aus dem Statement der GNP wurden aufgrund des Umfanges nur einige Zitate (siehe oben) aufgeführt. Die Aspekte Zeit und Kompetenz werden dabei besonders betont.

Die Internationale Vojta Gesellschaft e. V. (IVG) hat zusätzlich zum Fragebogen das Curriculum zu den Weiterbildungskursen in der Vojta-Therapie, eine Literaturliste und jeweils eine Stellungnahme zum Blog von Dunja Voos und zur Publikation von Jacobi et al. (2001) mit zugehörigem Erratum von Saternus (2011) [35] beigefügt.

3 Ergebnisse

Im Folgenden finden sich in tabellarischer Form Exzerpte auf Basis der Antworten zu Indikationen (Frage 4) und Kontraindikationen (Frage 5) bzgl. eines Einsatzes der Vojta-Therapie.

Für eine bessere Übersicht bzw. Orientierung wurde eine Gruppierung vorgenommen in:

- Fachgesellschaften aus dem Bereich Neurologie (DGN; DGNR)
- Fachgesellschaften mit Fokus auf Kinder (DGSPJ/DGKJ; GNP/DGKJ;VAKJP)
- Weitere Fachgesellschaften (DGOU; DGPTW; DMGP)
- Organisationen der Leistungserbringer (IFK; Physio Deutschland; VPT)
- Fachverbände (IVG; VIFF-BV; VIFF-Sachsen; Bobath Zukunft; Bobath Vrg. WB; Bobath Vrg. Therapeutin)

3.1 Aussagen zu Indikationen

Mit der Frage 4 des Fragebogens wurden Indikationen für den Einsatz der VT von den Stellungnehmern erfragt:

Frage 4: Bei welchen Erkrankungen des zentralen Nervensystems (ZNS) (einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen) sollte Ihrer fachlichen Ansicht nach die Vojta-Therapie angewendet werden?

4.1 Indikationen bei Säuglingen und Kindern?

4.2 Indikationen bei Erwachsenen?

In 15 von 17 Fragebögen wurden Aussagen zu Indikationen bei Säuglingen und Kindern getroffen und in 13 von 17 Fragebögen wurden Aussagen zu Indikationen bei Erwachsenen angegeben (siehe Tabelle 2). Der IFK und der VPT haben bei der Beantwortung jeweils keine Unterscheidung zwischen ‚Säuglingen und Kindern' und ‚Erwachsenen' vorgenommen.

Bzgl. der Frage zu Indikationen bei Säuglingen und Kindern wurden insgesamt 19 Quellen angegeben, die zwischen 1983 [22] und 2025 [33] veröffentlicht wurden bzw. eine Leitlinie, der DGSPJ [9,10] soll in absehbarer Zeit veröffentlicht werden (siehe Tabelle 3).

Die Studie von Novak et al. (2013) [30] und das um den Präventionsaspekt erweiterte und aktualisierte Update von Novak et al. (2020) [31] wurden der Evidenzstufe Ia zugeordnet, da in der Überzahl systematische Reviews und RCTs in die Auswertung eingingen.

Es wurden drei RCTs (Stufe Ib) identifiziert [24, 37, 38], wobei es sich bei den beiden RCTs von Qian et al. um dieselbe Studie handelt.

Zwei aktuelle Studien aus dem Jahr 2024 wurden dem Evidenzniveau IIa eingestuft: Abdelhamed et al. [1] und Sánchez-González et al. [34].

In den Studien von Gomez-Conesa et al. (2015) [17], Ha & Sun [2016) [19] und Ha & Sun (2018) [18] wurde eine randomisierte Zuordnung den Studiengruppen angegeben, allerdings wurden

weitere methodischen Aspekte (z. B. Zuordnung, Verblindung, Registernummer) nicht beschrieben. Deshalb wurden diese Studien mit Ib/IIb gekennzeichnet.

Eine Studie [22] wurde dem Evidenzlevel IIb und eine [20] der Stufe III zugeordnet. Auf dem Evidenzlevel IV fanden sich drei Studien [16, 32, 33] und auf dem Level V zwei Publikationen [5, 27].

Das Studienprotokoll von Menendez-Pardinas et al. (2023) [28] für die Umsetzung eines RCTs wurde nicht bewertet.

Bzgl. der Frage zu Indikationen bei Erwachsenen wurden 14 Quellen angegeben, die zwischen 1999 [26] und 2024 [1] veröffentlicht wurden (siehe Tabelle 3). Es fanden sich zwei Studien mit dem Evidenzlevel Ib (RCT) [2, 12], zwei Studien auf dem Level IIa [1, 34] und eine Studie auf dem Level IIb [24]. Jeweils zwei Publikationen wurden als IV [4, 26] bzw. V [3, 13] eingestuft. Die Studie von Kellner & Meiners (2014) [25] konnte nicht bewertet werden (siehe Tabelle 3).

Zudem wurden vier Leitlinien von den Stellungnehmern angeführt: zwei S3 LL [6, 8] und je eine S2e LL [11] und S2k LL [7] (siehe Tabelle 3).

Anmerkung FBMed

Zwei der aufgeführten Publikationen [13, 19] waren nicht passend für diesen Fragenkomplex. Diese Publikationen waren jeweils über Verweise auf Antworten zu anderen Fragestellungen aufgenommen worden.

Über die Angabe der Evidenzstufe lassen sich jedoch keine Aussagen über die methodische Qualität und das Vertrauen in das Ergebnis ableiten.

Tabelle 2: Rückmeldungen zu Indikationen

	4: Bei welchen Erkrankungen des zentralen Nervensystems (einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen) sollte Ihrer fachlichen Ansicht nach die Vojta-Therapie angewendet werden?	
	4.1 Indikationen bei Säuglingen und Kindern?	4.2 Indikationen bei Erwachsenen?
Fachgesellschaften aus dem Bereich Neurologie		
DGN	Kinder und Jugendliche mit spastischer Cerebralparese (CP) Evidenz Verweis auf 1.3: [16,18,19,24,27,28,30]	- alle Erkrankungen des ZNS: entzündliche ZNS-Erkrankungen (z. B. Multiple Sklerose (MS)), degenerative Erkrankungen (z. B. Parkinson-Syndrom (PS)), vaskuläre Erkrankungen (ischämische oder hämorrhagische Schlaganfälle) oder traumatische Hirnverletzungen. Dysphagie. - Evidenz Verweis auf 1.3: [4,12,25,26,34,42]
DGNR	- Säuglinge/Kleinkinder/Kinder mit manifesten neurologischen Erkrankungen wie z. B. Zerebralparese oder geburtstraumatischen Plexusparesen - Säuglinge/Kleinkinder mit Risikofaktoren für die Manifestation einer neurologischen Symptomatik - *„Zentrale Koordinationsstörung (ZKS), die durch die von Vojta beschriebenen, abnormen „Lagereaktionen“ diagnostiziert wird.* - *Diese ZKS ist kein in den deutschen und internationalen einschlägigen Lehrbüchern der Kinderneurologie definierter Symptomkomplex. Die Feststellung einer ZKS aufgrund pathologischer Lagereaktionen verkennt die Tatsache, dass auch gesunde Säuglinge im ersten Lebensjahr eine große Variationsbreite transitorischer klinischer Zeichen zeigen, die keinen Krankheitswert besitzen. Auch orthopädische Krankheitsbilder wie z. B. eine Skoliose werden behandelt. Da heute andere mit aktuellen entwicklungsneurologischen Erkenntnissen aber auch durch Studien untermauerte Therapieverfahren zur Verfügung stehen, besteht streng*	- Aussage gilt in gleicher Form für die Behandlung von Erwachsenen. Höherwertige Evidenz existiert überhaupt nur für die Behandlung von Betroffenen mit Multipler Sklerose (MS) und Schlaganfall. - Die Studien zur MS haben unterschiedliche Resultate erbracht, die teilweise auch einen klinischen Vorteil für die Kontrollgruppe zeigten (Sánchez-González et al. 2024 [34]) - Der einzige uns bekannte RCT an Betroffenen nach Schlaganfall zeigt Vorteile für die VT, allerdings gab es in dieser kleinen Studie erhebliche Unterschiede im Ausgangsniveau der Studienpopulation. (Epple et al. 2020 [12])

	4: Bei welchen Erkrankungen des zentralen Nervensystems (einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen) sollte Ihrer fachlichen Ansicht nach die Vojta-Therapie angewendet werden?	
	4.1 Indikationen bei Säuglingen und Kindern?	4.2 Indikationen bei Erwachsenen?
	genommen keine Berechtigung mehr bestimmte Krankheitsbilder mit der VT zu behandeln" siehe 2.1: [34]	
Fachgesellschaften mit Fokus auf Kinder		
DGSPJ/DGKJ	- Zerebralparese lt. Novak et al. 2020 [31]: VT zweimal als „probably don't do it"; Bobath zweimal als „don't do it" und einmal als „probably don't do it" - Unveröffentlichte Leitlinie [9,10] zur unilateralen CP: Expertenkonsens:*„Bei Patient*innen mit USCP sollte eine entwicklungsbegleitende Physiotherapie und/oder Ergotherapie zielorientiert zum frühestmöglichen Zeitpunkt erfolgen. Diese können Therapieinhalte nach den Konzepten von Bobath, Vojta oder Petö enthalten, auch wenn die Evidenz aktuell weder eine klare Empfehlung für oder gegen eines der genannten Konzepte ermöglicht*. - *vorbehaltlich der Überprüfung durch eine LL-Gruppe: Empfehlung übertragbar auf Bilaterale spastische Zerebralparese, Hypotone Bewegungsstörungen, Skoliose-Behandlung, Arthrogryposis und Syndrome, die mit einer Bewegungsstörung einhergehen"*	./.
GNP/DGKJ	- Die VT sollte grundsätzlich nicht zum Einsatz kommen, da keine ausreichende Evidenz vorliegt. - Bei Patienten mit ausgesprochener Lähmung oder Hypotonie, die aktiv nicht in der Lage sind, Bewegungen auszuführen, ist die VT eine nachvollziehbare Behandlungsindikation.	./.
VAKJP	./.	./.
Weitere Fachgesellschaften		

	4: Bei welchen Erkrankungen des zentralen Nervensystems (einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen) sollte Ihrer fachlichen Ansicht nach die Vojta-Therapie angewendet werden?	
	4.1 Indikationen bei Säuglingen und Kindern?	4.2 Indikationen bei Erwachsenen?
DGOU	*alle primären und sekundären neuromuskulären Erkrankungen des Säuglings und Kleinkindes und Kindes. Klinisch fassbare Entwicklungsverzögerungen des Säuglings.*	*alle primären und sekundären neuromuskulären Erkrankungen des Erwachsenen; Frührehabilitation nach Schlaganfällen*
DGPTW	*kongenitaler Torticollis, infantile posturale Asymmetrie, Infantile Cerebralparese (ICP), massive hypotone Muskulatur, periventrikuläre Leukomalazie, peripartale Hirnblutung*	*Schlaganfall, MS, Postpoliosyndrom*
DMGP	./.	*„Vorstellbar ist die Integration bestimmter Elemente der VT (reflektorische Bewegungen im Allgemeinen, ReflexLokomotion im Besonderen) losgelöst vom umfassenden Vojta-Konzept in die physiotherapeutische Methodik bei Querschnittlähmung.“*
Organisationen der Leistungserbringer		
IFK	Keine Unterscheidung zwischen Säuglingen, Kindern und Erwachsenen; Indikationen aus der HeilM-RL/HMK [14]	
Physio Deutschland	*ZNS / Peripheres Nervensystem (PNS):* *ICP, Arthrogryposis multiplex congenita (AMC), Myelomeningocele (MMC), Plexusparese; Entwicklungsverzögerungen und Entwicklungsstörungen;* *Neuroorthopädisch: Symmetriestörung, Fußfehlstellungen, Skoliose, Hüftdysplasie* *Syndromale genetische Erkrankungen;* *Probleme in der Atmung, Schluck- und Kaufunktion;* Positive Effekte bei Regulationsstörungen (Schlafrhythmus, exzessives Schreien, Nahrungsaufnahme)	*MS, Schlaganfall, Querschnittslähmungen, orthopädische Krankheitsbilder*
VPT	Indikationen aus der HeilM-RL/HMK [14] Keine Beurteilung welches neurologische Behandlungskonzept ggf. Vorteile gegenüber anderen neurologischen Konzepten hat.	
Fachverbände		
IVG	- VT unterstützt Frühgeborene gezielt bei Atmung und Nahrungsaufnahme und Schaffung von Voraussetzungen für die weitere motorische Entwicklung.	alle Erkrankungen des zentralen und peripheren Nervensystems mit VT behandelbar.

	4: Bei welchen Erkrankungen des zentralen Nervensystems (einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen) sollte Ihrer fachlichen Ansicht nach die Vojta-Therapie angewendet werden?	
	4.1 Indikationen bei Säuglingen und Kindern?	4.2 Indikationen bei Erwachsenen?
	- Zerebralparetische Störungen und ausgeprägte sensomotorische Auffälligkeiten anderer Genese; - Risikoabschätzung über Konzept der ZKS (nach Vojta); - Einsatz der VT bei Vorliegen einer fixierten Zerebralparese um sekundäre orthopädische Komplikationen wie funktionelle Asymmetrien, Fehlbelastungen, Hüftdysplasien bzw. -luxationen oder Wirbelsäulenskoliosen zu vermeiden oder zu reduzieren - VT bei einer Vielzahl weiterer neurologischer und (neuro-) orthopädischer Erkrankungen: angeborene Muskelerkrankungen, verschiedene genetische Syndrome, periphere Nervenschädigungen wie geburtstraumatische Plexusparesen, ZNS-Fehlbildungen (z. B. im Rahmen dysraphischer Störungen), orofaziale Funktionsstörungen, muskuläre Asymmentrien, Haltungsabweichungen im Säuglings-und Kleinkinderalter, idiopathische Säuglingsskoliose, angeborene Hüftdysplasie oder Torticollis unterschiedlicher Genese. - Zitierte Literatur: [5,16,17,20,21,22,24,32,33,37,38]	- Regeneration bzw. Neuformation neuronaler Netzwerke nach traumatischen Schädigungen des Nervensystems, z. B. nach Schlaganfall, nach Querschnittslähmung, Neuro-Skoliosen oder sonstigen postakuten Zuständen infolge ZNS-traumatisierender Ereignisse - chronisch-degenerative Erkrankungen des ZNS und PNS: VT ist darauf ausgerichtet Restfunktionen zu aktivieren, die nicht mehr willkürlich erreicht werden können: u. a. bei MS, neuroonkologischen Krankheitsbildern, Amyotrophe Lateralsklerose (ALS), PS - VT bei schwer mehrfach behinderten, hochgradig pflegebedürftigen Patient:innen jeglichen Alters auch zur Beeinflussung der viszeralen Aktivitäten (z. B. Problemen der Darmmobilität, Ausscheidung) - Zitierte Literatur: [1,2,3,4,12]
VIFF-BV	- *Erkrankungen des ZNS: unilaterale und bilaterale CP; sämtliche Schädigungen des Rückenmarks und ZNS- z. B. Spina bifida, Plexusparese, Querschnittslähmungen* - *Muskuläre Erkrankungen, z. B. Muskeldystrophie, muskuläre Hypotonien; Kinder mit genetisch bedingten Muskelschwächen* - *Skoliose, Deformitäten der knöchernen Strukuren* - *Herz-Lungenerkrankungen (Verbesserung der Atemmechanik) z. B. Bronchopulmonale Dysplasie, Mukoviszidose*	*Erkrankungen des ZNS- z. B. Schlaganfall, Tumoren, degenerative Erkrankungen. Erkrankungen des Bewegungsapparates- z. B. Bandscheibenvorfall. Muskuläre Erkrankungen*

	4: Bei welchen Erkrankungen des zentralen Nervensystems (einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen) sollte Ihrer fachlichen Ansicht nach die Vojta-Therapie angewendet werden?	
	4.1 Indikationen bei Säuglingen und Kindern?	4.2 Indikationen bei Erwachsenen?
VIFF-Sachsen	siehe HMK [14]; Bsp. zentrale Koordinationsstörungen im Säuglingsalter, Zerebralparesen, periphere Lähmungen, Mitbehandlung bei Hüftdysplasie	siehe HMK [14]; Bsp. Zerebralparese, versch. Muskelerkrankungen, orthopädisch relevante Störungen
Bobath Zukunft	Keine Indikation bekannt, bei der VT anderen Therapien gegenüber überlegen wäre.	./.
Bobath Vrg. WB	Keine Indikation bekannt, bei der VT unverzichtbar ist oder anderen Therapien überlegen ist.	- Möglicher therapeutischer Gewinn durch reflektorisch ausgelösten Trainingseffekt der VT bei Menschen mit erworbener Querschnittslähmung oder bei jungen Erwachsenen mit Skoliose; Verweis auf die DMGP oder das Deutsche Skoliose Netzwerk. - *„Bei anderen neurologischen Erkrankungsbildern Empfehlung von Therapieverfahren, die die Therapie zielorientiert und aufgabenspezifisch für die Herausforderungen des Alltags in einem interprofessionellen Therapiemanagement planen und ausführen.“* Quellen Verweis auf Frage 7: [6,7,8,11,13]
Bobath Vrg. Therapeutin	Sinnvoll bei Plexusparese und bei einigen Kindern mit Plagiocephalus	Nach meinen Erfahrungen kann Vojta bei MS und evtl. Querschnitt wirkungsvoll sein

Tabelle 3: Zitierte Quellen zu Frage 4

Autor (Jahr)	Evidenzstufe	Population / Indikation	Zitiert von	Anmerkungen
4.1 Säuglinge und Kinder				
Leitlinie der DGSPJ [9,10]	S3 LL: Keine Bewertung möglich	USCP	DGSPJ	S3 LL noch unveröffentlicht (geplante Fertigstellung: 01.07.2025). Keine klare Empfehlung für oder gegen eines der genannten Konzepte (Bobath, Vojta, Petö). Basis der LL-Empfehlung [18,39] siehe [10]
Czajkowska et al. (2019) [5]	V	Zwei Frühgeborene – zur Verbesserung des Saugens	IVG	Fallberichte
Giannantonio et al. (2010) [16]	IV	Frühgeborene mit Lungenproblemen	DGN IVG	nicht vergleichende Studie; 34 Frühgeborene erhielten VT: „*Our experience, using the Vojta method, allows to affirm that this method is safe for preterm neonates*“
Gomez-Conesa et al. (2015) [17]	Ib/IIb $^{+}$	Frühgeborene – Prävention von Bronchopulmonarer Dysplasie	IVG	Konferenzabstrakt, deswegen nur eingeschränkte Aussagen möglich; keine Angabe zu Registrierung der Studie. 45 Frühgeborene randomisiert auf Interventionsgruppe (25 Pat. Standardtherapie für Frühgeborene und zusätzlich Physiotherapie) und Kontrollgruppe (20 Pat. nur Standardtherapie für Frühgeborene)
Ha & Sung (2016) [19]	Ib/IIb $^{+}$	Gesunde junge Erwachsene Rumpfstabilität	DGN	[19] in Bezug auf Frage 4.1 nicht relevant. – Quelle wegen Verweis auf Frage 1.3 aufgenommen 14 gesunde junge Erwachsene wurden zufällig aufgeteilt. Die Stimulation nach Vojta erfolge in der Experimental-gruppe im Brustbereich und in der Kontrollgruppe an einem willkürlichen Punkt.
Ha & Sung (2018) [18]	Ib/IIb $^{+}$	Kinder mit spastischer CP	DGN	10 Kinder randomisiert auf Gruppe mit Physiotherapie oder VT aufgeteilt: RCT mit 10 Pat. „*Vojta approach may be presented as an effective treatment method for im-proving sitting position and diaphragm movement during inspiration in children with spastic CP*“.

Autor (Jahr)	Evidenzstufe	Population / Indikation	Zitiert von	Anmerkungen
Hohendahl et al. (2023) [20]	III	Säuglinge mit lagebedingtem Plagiocephalus	IVG	Retrospektive Studie mit 189 Säuglingen: 91 wurden nach Bobath behandelt und 98 nach Vojta
Igual Blasco et al. (2023) [21]	IIa	Frühgeborene mit Lungenproblemen (respiratory distress Syndrom)	IVG	10 Studien eingeschlossen: davon 5 RCTs. RoB2 Bewertung zeigte hohes Verzerrungspotential bei 2 RCTs und unklares Verzerrungspotential (some concerns) bei 3 RCTs. *„All techniques were shown to be safe. Benefits were described after conventional chest physiotherapy, Vojta's reflex rolling, and lung compression interventions*.“
Imamura et al. (1983) [22]	IIb	Kinder im 1. Lebensjahr mit Verzögerung oder Störungen der motorischen Entwicklung	IVG	713 Kinder: 308 Kinder erhielten VT, 405 Kinder wurden mit anderen Behandlungsmethoden therapiert. *„Treatment by Vojta's method seems to be efficient and helpful for young children with delayed motor development“*
Jung et al. (2017) [24]	Ib	Säuglinge mit infantiler Haltungsasymmetrie	DGN IVG	37 Säuglinge wurden randomisiert (Blockrandomisation): 19 erhielten VT und 18 NDT. *„While both Neurodevelopmental treatment and Vojta are effective in the treatment of infantile postural asymmetry and comparably well applied by the parents, therapeutic effectiveness is significant greater within the Vojta group*.“
Lim & Kim (2013) [27]	V	Kinder mit spastischer Diplegie	DGN	Fallbericht von 3 Kindern
Menendez-Pardinas et al. (2023) [28]	Studienprotokoll zu Ib	Kinder mit Motoneuronerkrankung	DGN	Die Publikation stellt nur ein Studienprotokoll für ein RCT dar und enthält keine Ergebnisse. Studienregisternr. NCT06092619
Novak et al. (2013) [30]	Ia	Kinder – Therapie von CP	DGN	166 Publikationen eingeschlossen, davon 124 Systematische Reviews, 25 RCTs, 7 nicht-randomisierte Studien und 4 Fallserien).VT und Bobath unter der „Worth it line“ („probably don't do it“ oder „don't do it“
Novak et al. (2020) [31]	Ia	Kinder – Prävention/Therapie von CP	DGSPJ/DGKJ	247 Publikationen wurden eingeschlossen: VT nur bzgl. Lungenfunktion (pulmonary) für Zwerchfell Inspiration oberhalb der „worth it line“, nicht für Motorik und Tonus.

Autor (Jahr)	Evidenzstufe	Population / Indikation	Zitiert von	Anmerkungen
				NDT für Tonus Spastizität überhalb der „worth it line“,
Qian et al. (2024) [32]	IV	Erwachsene mit Down-Syndrom	IVG	Fallserie mit 16 Erwachsenen mit Down-Syndrom
Qian et al. (2025) [33]	IV	Erwachsene mit Down-Syndrom	IVG	Fallserie mit 16 Erwachsenen mit Down-Syndrom. Möglicherweise dieselbe Studienpopulation wie in [32]
Sánchez-González et al. (2024) [34]	IIa	Keine Einschränkungen: Frühgeborene / Säuglinge / Kinder / Erwachsene mit oder ohne Erkrankung	DGNR	Insgesamt 55 Studien eingeschlossen in die qualitative Synthese, 18 Studien eingeschlossen in die Meta-Analyse Bei Kindern keine funktionell oder klinisch relevanten Effekte für neurologische (figure 9), respiratorische (figure 6 und 7) und orthopädische (figure 8) Indikationen: GRADE Bewertung: geringe Qualität der eingeschlossenen Studien
Torró-Ferrero et al. (2022) [37]	Ib	Frühgeborene - Knochenmineralisation	IVG	RCT mit 46 Frühgeborenen randomisiert auf 3 Gruppen: reflex locomotion therapy (=VT), passive Bewegung mit sanfter Gelenkkompression oder Massage NCT04356807
Torró-Ferrero et al. (2022) [38]	Ib	Frühgeborene – Knochenbildung und Wachstum	IVG	Multizentrischer RCT Dieselbe Studie wie [37]: NCT04 356807.
4.2 Erwachsene				
Abdelhamed et al. (2024) [1]	IIa	Erwachsene mit MS	IVG	SR mit 4 RCTs, 1 quasi-experimental CT und ein Single-arm crossover trial: „*insufficient evidence to reach a definitive conclusion regarding the effect of Vojta therapy in the MS population*“
Angelova et al. (2020) [2]	Ib	Erwachsene mit MS	IVG	RCT mit 44 Pat. (32 analysiert):„*Neuroproprioceptive facilitation and inhibition improved the clinical outcomes and led to non-significant changes in neuroactive steroids*.“
Argier (2023) [3]	V	Ein Erwachsener mit MS	IVG	Einzelfallbericht
Carratalá Tejada et al. (2023) [4]	IV	Erwachsene mit MS	DGN IVG	Nicht vergleichende Studie (23 Pat.): Single-subject research mit 3 Interventionsperioden; Reflex locomotion therapy – „*RLT could*

Autor (Jahr)	Evidenzstufe	Population / Indikation	Zitiert von	Anmerkungen
				improve gait and balance in patients with MS. The patients reported a high level of satisfaction with the therapy received.“
DEGAM (2020) [6]	S3 LL	Erwachsene mit Schlaganfall	Bobath Vrg. WB	LL ist derzeit in Überarbeitung; Gültigkeit abgelaufen. Verweis auf Heilmittelversorgung und HMK
DGNR (2022) [8]	S3 LL	Erwachsene im Koma oder mit schwerer Bewusstseinsstörung	Bobath Vrg. WB	S3-LL: Neurologische Rehabilitation. Keine Nennung der VT, aber Bobath-Therapie, Affolter-Therapie und basal-stimulierende Konzepte (LL wird in den Stellungnahmen auch als Bender et al. (2022) zitiert)
Epple et al. (2020) [12]	Ib	Erwachsene / akuter Schlaganfall	DGN DGNR IVG	RCT mit 40 Pat.; Unterschiede im Ausgangsniveau der Studienpopulation (siehe table 2 [12]) und methodische Schwächen. „..*Vojta therapy in acute stroke patients demonstrates improvement of postural control through Vojta therapy compared to standard physiotherapy*.“
Frommelt et al. (2024) [13]	V	(Angabe für Unterfrage 4.2 nicht sinnvoll)	Bobath Vrg. WB	[13] in Bezug auf Frage 4.2 nicht relevant. - Quelle wegen Verweis auf Frage 7 aufgenommen. Keine Nennung von Vojta; Nennung der Bobath Therapie. Umfangreiches Werk zu Neurorehabilitation: *„Es muss betont werden, dass Physio- und Ergotherapeut*innen nicht mehr auf eine bestimmte Schule wie Bobath festgelegt sind. Der Fokus wird auf aktivitäts- und teilhabeorientierte Therapieprinzipien gelegt, in die Techniken verschiedener Richtungen einfließen.“* (siehe S. 423 in [13]
Kellner & Meiners (2014) [25]	Nicht bewertbar	Erwachsene mit Querschnittslähmung	DGN	Konferenzabstract nicht vorliegend bzw. verfügbar.
Laufens et al. (1999) [26]	IV	Erwachsene mit MS	DGN	Fallserie mit 15 MS Pat.
DGN & DGNR (2023) [7]	S2k LL	Erwachsene / Rehabilitation sensomotorischer Störungen (verschiedene Indikationen)	Bobath Vrg. WB	Nennung von u. a. konventioneller Physiotherapie und Laufbandtraining; keine Nennung von Vojta, Bobath oder Propriozeptive Neuromuskuläte Fazilitation (PNF) (LL wird in den Stellungnahmen auch als Nelles et al. (2023) zitiert)

Autor (Jahr)	Evidenzstufe	Population / Indikation	Zitiert von	Anmerkungen
ReMoS Arbeitsgruppe (2015) [11]	S2e LL	Erwachsene mit Schlaganfall	Bobath Vrg. WB	Keine Aussagen zu Vojta. Aussagen und Empfehlungen zu Bobath
Sánchez-González et al. (2024) [34]	IIa	Keine Einschränkungen: Frühgeborene / Säuglinge / Kinder / Erwachsene mit oder ohne Erkrankung	DGN DGNR	Insgesamt wurden 55 Studien eingeschlossen in die qualitative Synthese, 18 Studien wurden in die Meta-Analyse eingeschlossen. Die Studien zur MS haben unterschiedliche Resultate erbracht (siehe figure 5 in [34])
Von Reumont (2012) [42]	IIb	Erwachsene mit akuter inkompletter Querschnittslähmung	DGN	Bei dieser Zitation handelt es sich um ein Konferenzabstract.

[+] Anhand der beschriebenen Methodik und der weiteren Angaben lässt sich nicht sicher bestimmen, ob es sich wirklich um einen RCT handelt. Es fehlen Angaben z. B. zu Verblindung oder eine Registrierungsnummer. Deshalb wurde als Evidenzstufe b/IIb angegeben.

* Volltext nicht vorliegend

3.2 Aussagen zu Kontraindikationen

Mit der Frage 5 des Fragebogens wurden Kontraindikationen bzgl. eines Einsatzes der VT erfragt:

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)?

5.1 Kontraindikationen bei Säuglingen und Kindern?

5.2 Kontraindikationen bei Erwachsenen?

Von den insgesamt 17 Stellungnahmen wurde die Unterfrage 5.1 zu Kontraindikationen bei Säuglingen und Kindern in 14 Fragebögen und die Unterfrage 5.2. zu Kontraindikationen bei Erwachsenen in 15 Fragebögen beantwortet (siehe Tabelle 4). Der IFK, VPT, VIFF-Sachsen sowie die Bobath Vereinigung Wissenschaftsbeirat haben bei der Beantwortung jeweils keine Unterscheidung zwischen ‚Säuglingen und Kindern' und ‚Erwachsenen' vorgenommen.

In den Antworten zu dieser konkreten Frage wurden insgesamt sieben Quellen angegeben, die zwischen 1981 [40] und 2021 [29] veröffentlicht wurden (siehe Tabelle 5).

Zwei Fachbüchern [40,41], zwei Buchkapiteln [36,43] und einem Einzelfallbericht [23] wurde die Evidenzstufe V zugeordnet.

Aufgrund der Methodik könnte die klinische Leitlinie von Morgan et al. (2021) [29] einer S2e LL gleichgesetzt werden. Die Empfehlungen der Leitlinie basieren auf systematischen Reviews und RCTs. Angaben zur Methodik finden sich im Supplement.

Ein RCT [12] mit nur 40 Patientinnen und Patienten wurde als Evidenzstufe Ib klassifiziert. Dieser wies jedoch einige methodische Einschränkungen auf (siehe Tabelle 5).

Anmerkung FBMed

Über die Angabe der Evidenzstufe lassen sich jedoch keine Aussagen über die methodische Qualität und das Vertrauen in das Ergebnis ableiten.

Tabelle 4: Rückmeldungen zu Kontraindikationen

	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)?	
	5.1 Kontraindikationen bei Säuglingen und Kindern?	5.2 Kontraindikationen bei Erwachsenen?
Fachgesellschaften aus dem Bereich Neurologie		
DGN	./.	- Keine Kontraindikationen bei ZNS-Erkrankungen - der Einsatz der Vojta-Therapie bei schwangeren Frauen von der Internationalen Vojta Gesellschaft nicht empfohlen, dafür ist die klinische Rationale nicht bekannt - keine negativen Effekte bei schwer neurologisch erkrankten auf Intensivstationen beobachtet - wenige klinischen Daten - [12] RCT fand keine Unterschiede bezüglich unerwünschter Ereignisse zwischen den Behandlungsgruppen
DGNR	- Klassische Kontraindikationen wie auch für viele andere übende Verfahren (febrile Zustände oder erhöhte Disposition für Frakturen) - Keine schwerwiegenden physischen Schädigungen bei Einhaltung der Kontraindikationen zu erwarten - Es gibt einen beschriebenen Fall eines 3 Monate alten Säuglings bei dem es bei der ersten Vojta-Anwendung zu einer tödlichen Hirnstammischämie wahrscheinlich durch beidseitige Vertebralisdissektion kam [23] - durch die Vojta-Therapie entstehen nicht unerhebliche psychologische Probleme, wenn Kinder die Therapie ablehnen, sich durch die Therapie zu belastet fühlen oder bei der Therapie schreien. - Mögliche Belastungen der Eltern-Kind-Beziehung, insbesondere bei der Behandlung durch die Eltern	- Dieselben somatischen Kontraindikationen - Eine Behandlung nicht einwilligungsfähiger Patienten ist hier selten.

	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)?	
	5.1 Kontraindikationen bei Säuglingen und Kindern?	5.2 Kontraindikationen bei Erwachsenen?
	- Psychologische Kontraindikationen bei eingeschränkter Akzeptanz der VT durch die Patienten, Schmerzen, unangenehmes Empfinden - Dieses Vorgehen steht in keiner Weise im Einklang mit den Richtlinien für Kinder mit einer drohenden oder bereits diagnostizierten Zerebralparese. [29]	
Fachgesellschaften mit Fokus auf Kinder		
DGSPJ/DGKJ	Relative Kontraindikationen: - unzureichend stabiler Allgemeinzustand - schwere Stoffwechselerkrankungen - fieberhafte Erkrankungen - 2-3 Tage nach Impfungen - therapieresistente schwere Epilepsie - schwere hämodynamisch wirksame Herzfehlbildung in Absprache mit den Kinderkardiologen - deutliche Abwehr des Kindes im Rahmen der VT Relative Kontraindikation zur Durchführung von VT von Seiten der Eltern: - kognitive Einschränkung der Eltern - psychische Erkrankung der Eltern - fortgeschrittene Schwangerschaft der Kindesmutter - fehlende Compliance der Eltern bei der Durchführung der VT im häuslichen Kontext	- Keine Kontraindikationen bei ZNS-Erkrankungen - der Einsatz der Vojta-Therapie bei schwangeren Frauen von der Internationalen Vojta Gesellschaft nicht empfohlen, dafür ist die klinische Rationale nicht bekannt - keine negativen Effekte bei schwer neurologisch erkrankten auf Intensivstationen beobachtet - wenige klinischen Daten - [12] RCT fand keine Unterschiede bezüglich unerwünschter Ereignisse zwischen den Behandlungsgruppen
GNP/DGKJ	Kontraindikation ist die Gewichtung der Belastungssituation (Abwehr gegenüber unangenehmen-schmerzhaften Manövern)	./.
VAKJP	./.	./.
Weitere Fachgesellschaften		

	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)?	
	5.1 Kontraindikationen bei Säuglingen und Kindern?	5.2 Kontraindikationen bei Erwachsenen?
DGOU	- akute fieberhafte oder entzündliche Erkrankungen, Impfungen und Schwangerschaft - mangelnde Kooperation des Patienten oder/und fehlende Übernahmemöglichkeit der häuslichen Therapieanteile durch die Bezugsperson	Gleich wie bei 5.1
DGPTW	fieberhafte Infekte	fieberhafte Infekte
DMGP	./.	Bei Erwachsenen mit Querschnittlähmung keine richtiggehende Kontraindikation
Organisation der Leistungserbringer		
IFK	Fiebrige Infekte, metastasierende Tumore, Impfungen mit Lebendimpfstoffen (bis zu 10 Tage nach Impfung), Schwangerschaft [43]	
Physio Deutschland	Es gelten die generellen Kontraindikationen bei physiotherapeutischen Interventionen. (Fieber, entzündliche Erkrankungen, Glasknochenkrankheit, Tumorerkrankungen). - Nach OP´s, bis der Kreislauf stabil ist, keine Blutungsgefahr besteht und die Narbe belastungsfähig ist. - Nach Impfung mit Lebendimpfstoffen 10 Tage Pause (nach Rücksprache mit dem Arzt) - Epilepsien in der Phase der medikamentösen Einstellung, in der initialen Phase bei Anwendung von Antikonvulsiva und Steroiden - bei Anzeichen auf gravierende Störungen des Kindes zur Bezugsperson, bei psychischer Erkrankung der Bezugsperson, bei Verdacht auf Kindesmisshandlung, mangelnde Akzeptanz der Bezugsperson	Siehe 5.1 - mangelnde Akzeptanz, Schwangerschaft
VPT	Unspezifische Kontraindikationen: Fieber, Schwangerschaft, Akute entzündliche Prozesse, Metastasierende Tumoren, etwa 10 Tage nach Impfungen mit Lebendimpfstoff [36]	

	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)?	
	5.1 Kontraindikationen bei Säuglingen und Kindern?	5.2 Kontraindikationen bei Erwachsenen?
Fachverbände		
IVG	- VT ist gut und stufenlos dosierbar, so dass sie wenig Kontraindikationen beinhaltet. - Therapie kann an die Belastbarkeit bei Erkrankungen, die mit Hirndruckproblemen, Entzündungen des ZNS/peripheren NS/ Muskulatur, Osteogenesis imperfecta, hochgradiger Osteoporose, Chemotherapie und/oder Epilepsie einhergehen, angepasst werden. Aufmerksamkeit bei: - akuten fieberhaften Erkrankungen - in Phasen der medikamentösen (Neu-)Einstellung bei Epilepsie Kontraindiziert, wenn: - Bezugspersonen sind nicht in der Lage, die häuslichen Behandlungsanteile umzusetzen (eingeschränkte körperliche Voraussetzungen bei der Bezugsperson, unsensible, „mechanische“ Umsetzung der vermittelten Behandlungsinhalte sowie nachhaltige Ängstlichkeit/Unsicherheit, ambivalente Haltung gegenüber dem Kind) - 14 Tage nach Impfung	- Schwangerschaft, allerdings steht hier die verantwortungsvolle Vorsichtsmaßnahme im Vordergrund - Akute Entzündungen - Akute Traumata des ZNS und PNS
VIFF-BV	- Akute entzündliche ZNS-Erkrankungen - Allgemeine entzündliche Erkrankungen - Erhöhte Vorsicht bei Instabilität des Cranio-cerebralen Übergangs und bei Osteogenesis imperfecta - Beziehungs- und Bindungsstörungen zwischen Kind und behandelndem Elternteil	- entzündliche ZNS- Erkrankungen - Akutstadium von Schlaganfall und Herzinfarkt - akute entzündlich aktive Erkrankungen

	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)?	
	5.1 Kontraindikationen bei Säuglingen und Kindern?	5.2 Kontraindikationen bei Erwachsenen?
VIFF-Sachsen	akute fieberhafte bzw. entzündliche Erkrankungen, Schwangerschaft	
Bobath Zukunft	Aus Vojta-Lehrbüchern: - auslösbare zerebrale Krampfanfälle - akute entzündliche Erkrankungen - Herzmuskelerkrankungen Besondere Vorsicht bei der Reizdosierung bei: - Osteoporose - Glasknochenerkrankung - Spina bifida - periphere Paresen Nach fachlicher Ansicht: - frühe Regulationsstörung - Anwendung durch psychisch belastete oder erkrankte Bezugspersonen - Kinder in sehr frühen Lebensphasen - Schädel-Hirn-Trauma (SHT) - Kinder mit kognitivem Förderbedarf Zitierte Quellen: siehe Vojta Lehrbücher [40,41]	Schwangere
Bobath Vrg. WB	- Für die Zeitspanne der VT wird Patienten eine wirksame Therapie vorenthalten – mittelbar schädlich - Einwilligungsfähigkeit der Betroffenen bedenklich	
Bobath Vrg. Therapeutin	- Spina bifida – VT verstärkt das Muskelungleichgewicht und spinale Spastik - CP – Umsetzung in den Alltag ist zu komplex	Querschnitt und Hemiparese, wenn sich durch die VT die Spastik erhöht oder in ein muskuläres Ungleichgewicht trainiert wird.

Tabelle 5: Zitierte Quellen zu Frage 5

Autor (Jahr)	Evidenzstufe	Population / Indikation	Zitiert von	Anmerkungen
5.1 Kontraindikationen bei Säuglingen und Kindern				
Jacobi et al. (2001) [23]	V	Säugling mit funktionellem Schiefhals	DGNR	Einzelfallbericht zu Todesfall
Morgan et al. (2021) [29]	Klinische LL (entspräche S2e LL)	Kinder von 0 bis 2 Jahren mit oder mit hohem Risiko für CP	DGNR	Beinhaltet eine starke Empfehlung gegen passive, therapeutengeleitete Behandlungstechniken zur Bewegungsaktivierung. Klinische LL auf Basis von SR und RCTs erstellt.
Vojta (1981) [40] *	V	Säuglinge mit cerebralen Bewegungsstörungen	Bobath Zukunft!	Lehrbuch
Vojta & Peters (2007) [41] *	V	Pädiatrie und Neurorehabilitation	Bobath Zukunft!	Lehrbuch: Grundlagen der Reflexlokomotion
5.2 Kontraindikationen bei Erwachsenen				
Epple et al. (2020) [12]	Ib	Erwachsene mit akutem Schlaganfall	DGN DGSPJ/DGKJ	RCT mit 40 Pat.; Unterschiede im Ausgangsniveau der Studienpopulation (siehe table 2 in [12]) und methodische Schwächen. „..*Vojta therapy in acute stroke patients demonstrates improvement of postural control through Vojta therapy compared to standard physiotherapy*.“
Antwort auf 5.1 und 5.2 zusammen: Kontraindikationen bei Säuglingen, Kindern und Erwachsenen				
Zalpour (2010) [43]	V	Kinder, Jugendliche, Erwachsene mit angeborener Hirnschädigung oder Entwicklungsstörung; Erwachsene mit erworbener Hirnschädigung	IFK	Auszug aus Physiotherapie-Lexikon
Schellhammer (2012) [36] *	V	*keine Angabe möglich*	VPT	Auszug aus Leitfaden Physiotherapie: Vojta Konzept und Techniken (8 Seiten)

* Volltexte nicht vorliegend

3.3 Unaufgefordert eingereichte Stellungnahmen

Die Rumänische Vojta Gesellschaft, die Spanische Vojta Gesellschaft (AEVO), die Tschechische Vojta Gesellschaft, eine Pädiaterin und der Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ (BVDfK) haben unaufgefordert Stellungnahmen eingereicht.

Im Folgenden werden Kernpunkte aus diesen Stellungnahmen wiedergegeben und die Relevanz für das Beratungsverfahren herausgestellt.

Aussagen der Rumänischen Vojta Gesellschaft

- Die VT wurde vom rumänischen Physiotherapie Verband offiziell anerkannt; sie ist seit dem Jahr 2000 etabliert; es gibt ca. 300 ausgebildete Vojta Therapeuten
- Keine negativen Rückmeldungen von Patienten, Eltern, Ärzten oder anderen Fachleuten. Keine Berichte über negative Auswirkungen der Therapie auf die Entwicklung von Säuglingen, Kleinkindern, Kindern oder Erwachsenen.
- Anwendung der VT in neonatologischen Abteilungen zur Behandlung von Früh- und Neugeborenen

FBMed Einschätzung der Relevanz: die Stellungnahme der rumänischen Vojta Gesellschaft liefert keine zusätzlichen Informationen, die für das Beratungsverfahren von Bedeutung wären. Keine Angaben von Literatur / Evidenz.

Aussagen der Spanischen Vojta Gesellschaft (AEVO)

- Einsatz der VT seit 1989; in den Bereichen Neonatologie, bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen: Es wurden keine unerwünschten Nebenwirkungen (direkt oder Spätfolgen) beobachtet.
- Die VT wird an der Universität von Salamanca, der Rey Juan Carlos Universität Madrid und der Kinderklinik Niño Jesús in Madrid unterrichtet: offiziell anerkannte Ausbildungsprogramme, z. B. Masterstudiengänge und spezialisierte Fachkurse
- Orientieren sich an den Grundsätzen der evidenzbasierten Praxis (evidence-based practice)
- Objektive Messung neurophysiologischer Effekte mittels funktioneller Magnetresonanztomographie, funktioneller Nahinfrarotspektroskopie, Elektromyographie und Elektroenzephalogramm.
- Zusammenstellung von insgesamt 59 Publikationen aus den Jahren 1995 bis 2024 (RCTs, Systematische Reviews und peer-reviewed Publikationen) zu den Bereichen:
  - Systematischer Review und Metaanalyse
  - Sicherheit und Wirksamkeit im Versorgungsalltag (effectiveness) (n=3)
  - Neurophysiologische Evidenz der VT (n=16)
  - Klinische Evidenz bei Erwachsenen (mit neurologischen Störungen (n=8) oder mit nicht-neurologischen Störungen (n=5))

  - Klinische Evidenz in der Pädiatrie (Kinder mit neurologischen Störungen (n=9), Kinder mit nicht-neurologischen Störungen (n=9), Kinder mit Störung der Atmung (n=8))
  - Studien im Kontext Vojta und Familie (n=2)
- „*Based on the accumulated scientific evidence and clinical experience, Vojta Therapy should be considered the gold standard intervention for high-risk CP preterm infants, as it effectively addresses the main comorbidities of this population in a safe and non-invasive manner*."

FBMed Einschätzung der Relevanz: die Spanische Vojta Gesellschaft (AEVO) ist in den letzten Jahren aktiv in der Durchführung von RCTs und Systematischen Reviews (Publikationen verstärkt ab 2018). Die AEVO sieht die Wirksamkeit und Sicherheit der VT als belegt an und scheint über Studien eine entsprechenden Evidenzbasis zu schaffen bzw. schaffen zu wollen. Die von der AEVO aufgeführten Literaturquellen wurden bereits von den Stellungnehmern genannt. Es fand sich keine neue bzw. unbekannte Publikation in dem Schreiben der AEVO.

Aussagen der Tschechischen Vojta Gesellschaft

- Die VT ist in der Tschechischen Republik als wissenschaftlich fundierte Standardtherapie anerkannt.
- Sie wird regelmäßig von Fachärztinnen und -ärzten darunter Rehabiliationsmediziner, Neurologen und Orthopäden – indiziert und verordnet.
- Bestandteil der physiotherapeutischen Ausbildung an den Universitäten; postgraduelle Weiterentwicklung; zahlreiche Forschungsarbeiten, Diplom- und Dissertationsprojekte zur Weiterentwicklung der wissenschaftlichen Erkenntnisse über ihre Wirksamkeit.

FBMed Einschätzung der Relevanz: die Stellungnahme der tschechischen Vojta Gesellschaft liefert keine zusätzlichen Informationen, die für das Beratungsverfahren von Bedeutung wären. Auch wenn von der tschechischen Vojta Gesellschaft besonders auf die „*Weiterentwicklung der wissenschaftlichen Erkenntnisse über ihre Wirksamkeit*" hingewiesen wird, so finden sich jedoch keinerlei entsprechenden Literaturangaben oder Evidenzbelege.

Erfahrungsbericht einer Pädiaterin

- Erfahrungsbericht einer Pädiaterin mit 20 Jahren Tätigkeit im Sozialpädiatrischen Zentrum der DRK-Kinderklinik Siegen
- Sie ist überzeugt von der Effektivität der VT
- Eine Kombination mit anderen Physiotherapieformen wird abgelehnt.
- Behandlung mit VT ist schmerzfrei. Gehaltenwerden und Anstrengungen sind Ursachen für das Protestschreien beim Säugling.
- Gute Anleitung und Aufklärung erforderlich.
- Bei gestörten Mutter/Eltern -Kind Beziehung oder einer psychisch auffälligen Bezugsperson sollte auf eine andere Therapieform ausgewichen werden.
- das große Potenzial der VT sei ihres Erachtens nach noch völlig unterschätzt.

FBMed Einschätzung der Relevanz: dieser subjektive Erfahrungsbericht liefert keine zusätzlichen Informationen, die für das Beratungsverfahren von Bedeutung wären. Keine Angaben von Literatur / Evidenz.

Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ (BVDfK)

- Keine Aussagen zur medizinischen Wirksamkeit oder therapeutische Bewertung der Methode
- Hinweis aus Elternsicht: „*Die Durchführung der Vojta-Übungen zu Hause wird von vielen Eltern als sehr herausfordernd und emotional belastend erlebt. Aus unserer Sicht besteht hierbei ein relevantes Risiko für zusätzliche Belastungen mit möglichem Traumapotenzial – sowohl für die Eltern als auch für das betroffene Kind*.“

FBMed Einschätzung der Relevanz: die Stellungnahme des BVDfK liefert keine zusätzlichen Informationen/Evidenz in Hinblick auf die Wirksamkeit. Der BVDfK weist explizit auf die belastende Situation für die Eltern mit möglichem Traumapotenzial für Eltern und Kind hin. Allerdings wird hierzu keine Literatur / Evidenz aufgeführt.

4 Zusammenfassung

Zusammenfassung der Aussagen zu Indikationen für die Vojta-Therapie (Frage 4)

Indikationen bei Säuglingen und Kindern

- Als Indikation für die VT wurden von den meisten Stellungnehmenden die manifesten Erkrankungen des ZNS benannt. Insbesondere die Zerebralparese wurde von fast allen Stellungnehmenden als eine relevante Indikation angesehen. Spina bifida, Hirnblutungen sowie Rückenmarksverletzungen wurden als weitere Indikationen im Kindesalter aufgezählt.
- Laut der DGNR, Physio Deutschland, IVG, VIFF-Sachsen, VIFF-BV sowie einer Therapeutin der Bobath Vereinigung kann die VT außer bei Erkrankungen des ZNS zusätzlich bei peripheren neurologischen Störungen, insbesondere bei der geburtsassoziierten Plexusparese indiziert sein. Als weitere Indikationen werden von der Fachgesellschaften GNP/DGKJ und DGSPJ/DGKJ Lähmungen und hypotone Störungen als relevant angesehen.
- Die DGOU sowie Physio Deutschland und IVG sehen Störungen und Verzögerungen der Entwicklung als ein relevantes Indikationsgebiet der VT.
- Neuroorthopädische Erkrankungen wie Symmetriestörungen, Hüftdysplasie (VIFF-Sachsen), Skoliose (DGSPJ/DGKJ), Arthrogryposis (DGSPJ/DGKJ und Physio Deutschland) werden ebenfalls als Indikationen für VT genannt.
- Fachverbände verwandt mit der Vojta Gesellschaft (IVG, VIFF-BV) sehen Atem- und Schluckstörungen als weitere relevante Indikationen.
- Im Gegensatz zu den aufgezählten Indikationen führen die GNP/DGKJ, Bobath Zukunft, sowie Bobath Vereinigung WB auf, dass die VT für keine Erkrankungen eine geeignete Therapiemodalität darstellt.

Indikationen bei Erwachsenen

- Vordergründig werden als Indikation zur VT bei Erwachsenen gemäß der DGN, der DGNR, der DGPTW, der Physio Deutschland, der IVG und einer Bobath Therapeutin entzündliche Krankheiten wie Multiple Sklerose benannt. Degenerative Erkrankungen des ZNS wie Morbus Parkinson, neuroonkologische Krankheitsbilder oder amyotrophe Lateralsklerose wurden von der DGN, IVG und VIFF-BV aufgeführt. Als eine weitere Indikation im ZNS-Bereich wurden vaskuläre Ereignisse wie Schlaganfälle genannt (DGNR, DGOU, DGPTW, IVG, VIFF-BV).
- Insbesondere Stellungnehmende aus Organisationen der Leistungserbringer und Fachverbände (DMGP, Physio Deutschland, IVG, Bobath Vereinigung WB, Bobath Vrg. Therapeutin) sahen die VT bei Querschnittsverletzungen als indiziert.
- Die IFK, VPT, VIFF-Sachsen haben sich für die Übernahme der im Heilmittelkatalog vorgesehenen Indikationen ausgesprochen.

- Die DGOU erachtet alle primären und sekundären neuromuskulären Erkrankungen des Erwachsenen als relevante Indikationen für die VT.
- Zusätzlich zu neurologischen wurden auch orthopädische Erkrankungen, wie z.B. Skoliosen (Physio Deutschland, IVT, Bobath Vrg. WB) und Bandscheibenvorfälle (VIFF-BV) genannt.
- Vereinzelt werden Mehrfachbehinderungen durch die IVT, das Postpoliosyndrom durch die DGPTW sowie traumatischen Hirnverletzungen oder Dysphagien durch die DGN als Indikationen zur VT bei Erwachsenen benannt.

Zusammenfassung der Aussagen zu Kontraindikationen für die Vojta-Therapie

<u>Kontraindikationen bei Säuglingen und Kindern</u>

- Die Fachgesellschaften DGNR, DGSPJ/DGKJ, DGOU und die DGPTW als auch die Organisationen der Leistungserbringenden gaben folgende generelle Kontraindikationen bei jeglichen physiotherapeutischen Maßnahmen bei Säuglingen und Kindern an: fieberhafte Infekte, entzündliche Erkrankungen, Tumorerkrankungen oder kurze Zeiträume (bis zu 14 Tage) nach Impfungen.
- Die DGNR, GNP/DGKJ und VIFF-BV wiesen darauf hin, dass die Beurteilung der Belastungssituation des Kindes insbesondere durch psychologische Belastungen aufgrund von Schmerzen und unangenehmer Gefühle während der VT zu Kontraindikationen gegen die Fortsetzung der Behandlung führen kann. Als Grund dafür wird die mögliche Störung der Eltern-Kind-Beziehung bei Fortführung der Therapie trotz offensichtlichen Widerstandes (Weinen, Schreien) der Kinder genannt. Laut Physio-Deutschland und DGSPJ/DGKJ sollte die VT bei einer psychischen Erkrankung der Bezugsperson, gestörter Beziehung des Kindes zu dieser Person oder beim Verdacht auf Kindesmisshandlung kontraindiziert werden. Darüber hinaus sehen die DGSPJ/DGKJ, DGOU und die IVG eine mangelhafte Compliance oder fehlende Übernahmemöglichkeit der häuslichen Therapieanteile durch die Bezugsperson als eine relative Kontraindikation für die VT.

<u>Kontraindikationen bei Erwachsenen</u>

- Bzgl. der Kontraindikationen bei Erwachsenen haben die DGN und die DGSPJ/DGKJ identische Antworten abgegeben.
- Anders als bei den Fachverbänden und Organisationen der Leistungserbringenden, sehen die DGN, DGSPJ/DGKJ und die DMGP keine Kontraindikationen oder mögliche negative Effekte der VT bei Erwachsenen.
- Dagegen benennen die DGNR, DGOU, DGPTW, VPT sowie die IVG und VIFF-BV – genauso wie bei pädiatrischen Patientinnen und Patienten – generelle somatische Kontraindikationen gegen eine physiotherapeutische Behandlung. Konkret wurden als Kontraindikationen bzgl. einer Anwendung der VT fieberhafte Infekte, entzündliche Prozesse, Tumorerkrankungen sowie akute Traumata des ZNS und PNS aufgezählt.

- Die VT in der Schwangerschaft wird von fast allen Stellungnehmenden explizit als Kontraindikation angegeben. Die DGPTW und die DMGP haben diesen Aspekt nicht benannt.
- Ebenso wie bei Säuglingen und Kindern benennt Physio Deutschland die mangelnde Akzeptanz der VT durch die Patientinnen und Patienten als eine Kontraindikation.
- Eine Therapeutin der Bobath Vereinigung erwähnt Querschnittsverletzungen und Hemiparesen als eine zusätzliche Kontraindikation, wenn durch die VT die Spastik erhöht oder in ein muskuläres Ungleichgewicht trainiert wird.

Anmerkungen zu den unaufgefordert eingereichten Stellungnahmen

Nach Prüfung zeigte sich, dass die unaufgefordert eingereichten Stellungnahmen keine Beratungsrelevanten zusätzlichen Informationen lieferten.

Die Spanische Vojta Gesellschaft (AEVO) zeichnet sich jedoch dadurch aus, dass sie verstärkt an der Durchführung von RCTs und Systematischen Reviews beteiligt ist, um eine entsprechende Evidenzbasierung für die Vojta-Therapie zu schaffen (z. B. Sanchez-Gonzalez et al., 2024 [34]).

5 Referenzen

1. **Abdelhamed AI, Mortada H, Samy H, Elfeky A, Ammar S, Amr M, et al.** Efficacy of reflex locomotion therapy in improving balance and walking abilities of patients with multiple sclerosis: a systematic review. Manuelle Medizin 2024 [Epub ahead of print].

2. **Angelova G, Skodova T, Prokopiusova T, Markova M, Hruskova N, Prochazkova M, et al.** Ambulatory neuroproprioceptive facilitation and inhibition physical therapy improves clinical outcomes in multiple sclerosis and modulates serum level of neuroactive steroids: a two-arm parallel-group exploratory trial. Life (Basel) 2020;10(11):267.

3. **Argier ŁM.** The effect of Vojta therapy on gait parameters in a patient with multiple sclerosis – a case study. Physiotherapy Review 2023;27(2):40-44.

4. **Carratala-Tejada M, Cuesta-Gomez A, Ortiz-Gutierrez R, Molina-Rueda F, Luna-Oliva L, Miangolarra-Page JC.** Reflex locomotion therapy for balance, gait, and fatigue rehabilitation in subjects with multiple sclerosis. J Clin Med 2022;11(3):567.

5. **Czajkowska M, Fonfara A, Krolak-Olejnik B, Michnikowski M, Golczewski T.** The impact of early therapeutic intervention on the central pattern generator in premature newborns - a preliminary study and literature review. Dev Period Med 2019;23(3):178-183.

6. **Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM).** Schlaganfall; S3-Leitlinie, Langfassung, Version 3.3 [online]. AWMF-Registernummer 053-011. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2020. [Zugriff: 29.07.2025]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/053-011l_S3_Schlaganfall_2025-03-abgelaufen.pdf.

7. **Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN), Deutsche Gesellschaft für Neurorehabilitation (DGNR).** Rehabilitation von sensomotorischen Störungen; S2k-Leitlinie, Langfassung [online]. AWMF-Registernummer 030-123. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2023. [Zugriff: 29.07.2025]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/030-123l_S2k_Rehabilitation-von-sensomotorischen-_Stoerungen_2023-05.pdf.

8. **Deutsche Gesellschaft für Neurorehabilitation (DGNR).** Neurologische Rehabilitation bei Koma und schwerer Bewusstseinsstörung im Erwachsenenalter; S3-Leitlinie, Langfassung [online]. AWMF-Registernummer 080-006. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2022. [Zugriff: 29.07.2025]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/080-006l_S3_Neurologische-Rehabilitation-bei-Koma-und-schwerer-Bewusstseinsstoerung-im-Erwachsenenalter_2025-03-verlaengert.pdf.

9. **Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ).** Diagnostik und Therapie der unilateralen spastischen Zerebralparese / LL-uCP; S3-Leitlinie, Anmeldung [online]. AWMF-Registernummer: 071-014. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2025. [Zugriff: 16.06.2025]. URL: https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/071-014.

10. **Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ).** Diagnostik und Therapie der unilateralen spastischen Zerebralparese / LL-uCP; S3-Leitlinie; Anhang konservativer Teil [unveröffentlicht]. 2025.

11. **Dohle C, Tholen R, Wittenberg H, Saal S, Quintern J, Stephan KM.** S2e-Leitlinie: Rehabilitation der Mobilität nach Schlaganfall (ReMoS). Neurol Rehabil 2015;21(7):355-494.

12. **Epple C, Maurer-Burkhard B, Lichti MC, Steiner T.** Vojta therapy improves postural control in very early stroke rehabilitation: a randomised controlled pilot trial. Neurol Res Pract 2020;2:23.

13. **Frommelt P, Thöne-Otto A, Grötzbach H.** NeuroRehabilitation. Ein Praxisbuch für interdisziplinäre Teams, 4. Aufl. Heidelberg: Springer; 2024.

14. **Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA).** Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie/HeilM-RL); zuletzt geändert am 20. Februar 2025 [online]. Berlin (GER): G-BA; 2025. [Zugriff: 24.07.2025]. URL: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3842/HeilM-RL_2025-02-20_iK-2025-07-01.pdf.

15. **Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA).** Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses, zuletzt geändert am 17. Oktober 2024 [online]. Berlin (GER): G-BA; 2025. [Zugriff: 24.07.2025]. URL: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3830/VerfO_2024-10-17_iK_2025-05-29.pdf.

16. **Giannantonio C, Papacci P, Ciarniello R, Tesfagabir MG, Purcaro V, Cota F, et al.** Chest physiotherapy in preterm infants with lung diseases. Ital J Pediatr 2010;36:65.

17. **Gomez-Conesa A, Fernández-Rego FJ, Pérez-López J, Agüera-Arenas JA.** Physiotherapy treatment in the prevention of bronchopulmonary dysplasia and reduction of perinatal risk in preterm infants. Physiotherapiejournal 2015;101(Suppl1):ES462-ES463.

18. **Ha SY, Sung YH.** Effects of Vojta approach on diaphragm movement in children with spastic cerebral palsy. J Exerc Rehabil 2018;14(6):1005-1009.

19. **Ha SY, Sung YH.** Effects of Vojta method on trunk stability in healthy individuals. J Exerc Rehabil 2016;12(6):542-547.

20. **Hohendahl L, Hohendahl J, Lemhöfer C, Best N.** The effect of pediatric physiotherapy on positional plagiocephaly: a retrospective trial. Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin 2022;33(6):344-351.

21. **Igual Blasco A, Pinero Penalver J, Fernandez-Rego FJ, Torro-Ferrero G, Perez-Lopez J.** Effects of chest physiotherapy in preterm infants with respiratory distress syndrome: a systematic review. Healthcare (Basel) 2023;11(8):1091.

22. **Imamura S, Sakuma K, Takahashi T.** Follow-up study of children with cerebral coordination disturbance (CCD, Vojta). Brain Dev 1983;5(3):311-314.

23. **Jacobi G, Riepert T, Kieslich M, Bohl J.** Über einen Todesfall während der Physiotherapie nach Vojta bei einem 3 Monate alten Saugling: Fallbeschreibung und Bemerkungen zur Manualtherapie bei Kindern. Klin Padiatr 2001;213(2):76-85.

24. **Jung MW, Landenberger M, Jung T, Lindenthal T, Philippi H.** Vojta therapy and neurodevelopmental treatment in children with infantile postural asymmetry: a randomised controlled trial. J Phys Ther Sci 2017;29(2):301-306.

25. **Kellner L, Meiners T.** Soforteffekt in der Veränderung der Gehfähigkeit bei Patienten mit Querschnittlähmung nach der Vojta Therapie, ermittelt durch evidenzbasierte Gehtests [Abstract V 33: p]. 27. Jahrestagung der Deutschsprachigen Medizinischen Gesellschaft für Paraplegie e. V. (DMGP); 1.-4. Juni 2014; Bad Staffelstein, Deutschland. http://www.dmgp-kongress.de/fileadmin/congress/media/dmgp/impressionen/DMGP2014_Abstractband.pdf.

26. **Laufens G, Poltz W, Prinz E, Reimann G, Schmiegelt F.** Verbesserung der Lokomotion durch kombinierte Laufband-/Vojta-Physiotherapie bei ausgewählten MS-Patienten. Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin 1999;9(05):187-189.

27. **Lim H, Kim T.** Effects of vojta therapy on gait of children with spastic diplegia. J Phys Ther Sci 2013;25(12):1605-1608.

28. **Menendez-Pardinas M, Alonso-Bidegain M, Santonja-Medina F, Sanchez-Gonzalez JL, Sanz-Mengibar JM.** Effects of Vojta therapy on the motor function of children with neuromotor disorders: study protocol for a randomized controlled trial. J Clin Med 2023;12(23):7373.

29. **Morgan C, Fetters L, Adde L, Badawi N, Bancale A, Boyd RN, et al.** Early intervention for children aged 0 to 2 years with or at high risk of cerebral palsy: international clinical practice guideline based on systematic reviews. JAMA Pediatr 2021;175(8):846-858.

30. **Novak I, McIntyre S, Morgan C, Campbell L, Dark L, Morton N, et al.** A systematic review of interventions for children with cerebral palsy: state of the evidence. Dev Med Child Neurol 2013;55(10):885-910.

31. **Novak I, Morgan C, Fahey M, Finch-Edmondson M, Galea C, Hines A, et al.** State of the evidence traffic lights 2019: systematic review of interventions for preventing and treating children with cerebral palsy. Curr Neurol Neurosci Rep 2020;20(2):3.

32. **Qian G, Perzanowska E, Kozakiewicz M, Ewertowska P, Yu H, Ossowski Z.** Immediate effects of Vojta therapy on gait ability in down syndrome patients: a pilot study. Front Neurol 2024;15:1511849.

33. **Qian G, Perzanowska E, Wilczynska D, Kozakiewicz M, Yu H, Marcelina H, et al.** Exploring the impact of home-based Vojta therapy on gait performance in individuals with Down syndrome: a preliminary feasibility study. Front Neurol 2025;16:1537635.

34. **Sanchez-Gonzalez JL, Sanz-Esteban I, Menendez-Pardinas M, Navarro-Lopez V, Sanz-Mengibar JM.** Critical review of the evidence for Vojta therapy: a systematic review and meta-analysis. Front Neurol 2024;15:1391448.

35. **Saternus KS.** Erratum zu: Traumatologie der A. vertebralis beim Säugling. Rechtsmedizin 2011;21(6):526.

36. **Schellhammer S.** Vojta Konzept. In: Ebelt-Paprotny G, Preis R (Eds). Leitfaden Physiotherapie, 6. Aufl. München: Urban & Fischer; 2012. S. 274-281.

37. **Torro-Ferrero G, Fernandez-Rego FJ, Aguera-Arenas JJ, Gomez-Conesa A.** Effect of physiotherapy on the promotion of bone mineralization in preterm infants: a randomized controlled trial. Sci Rep 2022;12(1):11680.

38. **Torro-Ferrero G, Fernandez-Rego FJ, Jimenez-Liria MR, Aguera-Arenas JJ, Pinero-Penalver J, Sanchez-Joya MDM, et al.** Effect of physical therapy on bone remodelling in preterm infants: a multicenter randomized controlled clinical trial. BMC Pediatr 2022;22(1):362.

39. **Ungureanu A, Rusu L, Rusu MR, Marin MI.** Balance rehabilitation approach by Bobath and Vojta methods in cerebral palsy: a pilot study. Children (Basel) 2022;9(10):1481.

40. **Vojta V.** Die zerebralen Bewegungsstörungen im Säuglingsalter: Frühdiagnostik und Frühtherapie, 3. Aufl. Stuttgart: Enke 1981.

41. **Vojta V, Peters A.** Das Vojta Prinzip: Muskelspiele in Reflexfortbewegung und motorische Ontogenese, 3. Aufl. Berlin: Springer 2007.

42. **Von Reumont A.** Kombination von Laufbandtherapie und Physiotherapie nach Vojta bei akuter inkompletter Querschnittlähmung [Abstract]. Bundeskongress Physiotherapie; 20-22.09.2012; Leipzig, Deutschland. www.physio-deutschland.de/fileadmin/data/bund/events/BuKo2012/Abstracts/BuKo2012_Abstract_von_Reumont.pdf.

43. **Zalpour C.** Springer Lexikon Physiotherapie. Berlin: Springer; 2010

Anhang: Originalantworten auf Frage 4: Indikationen

Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)

4.1

Die Vojta-Therapie wurde für Kinder und Jugendliche mit spastischer Zerebralparese entwickelt und wird hier vielseitig eingesetzt. Bezüglich der Evidenz verweisen wir auf Frage 1.3. Die Indikation zur Therapie stellt der behandelnde Arzt, sodass wir auf die neuropädiatrische und pädiatrische Expertise verweisen.

4.2

Bezüglich der Evidenz verweisen wir auf Frage 1.3. Die Indikationen der Vojta-Therapie bei Erwachsenen sind alle Erkrankungen des zentralen Nervensystems. Dies betrifft entzündliche ZNS-Erkrankungen, wie die Multiple Sklerose, degenerative Erkrankungen, wie das Parkinson-Syndrom und vaskuläre Erkrankungen, wie ischämische oder hämorrhagische Schlaganfälle oder traumatische Hirnverletzungen. Aufgrund des sehr guten Effektes der Therapie auf die posturale Steuerung profitieren neurologische Patienten mit sehr unterschiedlicher Ausprägung und Lokalisation der Behinderung von der Therapie. Auch Dysphagien zeigten im klinischen Alltag positive Effekte. Auch bei Erwachsenen erfolgt die Indikationsstellung, wie auch bei anderen physiotherapeutischen Behandlungsverfahren, immer in Absprache mit dem behandelnden Arzt und in Abhängigkeit der Belastbarkeit der Patienten.

Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten – IFK e. V.

Die Vojta-Therapie ist laut Heilmittel-Richtlinie bei Erkrankungen des Nervensystems unter den folgenden Indikationen verordnungsfähig [14]:

Diganosegruppe ZN (ZNS-Erkrankungen einschließlich des Rückenmarks/ Neuromuskuläre Erkrankungen) – keine Unterscheidung zwischen Säuglingen, Kindern oder Erwachsenen:

z.B.:

- prä-, peri-, postnatale Schädigungen (z.B. infantile Zerebralparese)
- Fehlbildungssyndrome (z.B. Meningomy-elocele, Spina bifida)
- zerebrale Ischämie, Blutung, Hypoxie, Tumor
- Schädelhirn- und Rückenmarkverletzungen
- Meningoencephalitis, Poliomyelitis
- Querschnittssyndrome
- Vorderhornerkrankungen des Rückenmarks
- Amyotrophe Lateralsklerose
- M. Parkinson
- Multipe Sklerose
- Syringomyelie
- Spinalis anterior Syndrom
- Muskeldystrophie, -atrophie

• Leitsymptomatik (Schädigung von Körperfunktionen und -strukturen zum Zeitpunkt der Diagnosestellung):

a) Schädigung/Störung der Bewegungs- und Sinnes-funktion z.B.

- Kontrolle der Willkürbewegung (z.B. Koordinationsstörung, Sensibilitätsstörungen)
- Unwillkürliche Bewegung (z.B. Ataxie, Dystonie, Atethose)
- Posturale Kontrolle

b) Schädigung/Störung der Muskelfunktion z.B.

- Muskelkraft (z.B. Hemiparese, Paraparese Tetraparese)
- Muskeltonus (z.B. spastische Tonuserhöhung, Hypotonie)

x) [patientenindividuelle Symptomatik]

DMGP

4.1

Keine relevante Patientengruppe in der umfassenden Behandlung Querschnittgelähmter an Querschnittgelähmtenzentren, deshalb kann diesbezüglich keine Aussage getroffen werden.

4.2

Es ist vorstellbar, bestimmte Elemente der Vojta-Therapie (reflektorische Bewegungen im Allgemeinen, ReflexLokomotion im Besonderen) losgelöst vom umfassenden Vojta-Konzept in die physiotherapeutische Methodik bei Querschnittlähmung zu integrieren.

Bobath Zukunft! e. V.

4.1

Nach unserer fachlichen Ansicht gibt es keine Indikation, bei der die Vojta-Therapie anderen Therapien gegenüber überlegen wäre.

4.2

Entzieht sich unserer Kenntnis

VIFF-BV

4.1

- Erkrankungen des ZNS: unilaterale und bilaterale Cerebralparese; sämtliche Schädigungen des Rückenmarks und ZNS- z.B. Spina bifida, Plexusparese, Querschnittslähmungen,
- Muskuläre Erkrankungen, z.B. Muskeldystrophie, muskuläre Hypotonien; Kinder mit genetisch bedingten Muskelschwächen
- Skoliose, Deformitäten der knöchernen Strukuren
- Herz-Lungenerkrankungen (Verbesserung der Atemmechanik) z.B. Bronchopulmonale Dysplasie, Mukoviszidose

4.2

- Erkrankungen des ZNS- z.B. Schlaganfall, Tumoren, degenerative Erkrankungen. Erkrankungen des Bewegungsapparates- z.B. Bandscheibenvorfall. Muskuläre Erkrankungen.

VIFF-Sachsen Lebenshilfe Dresden

4.1

siehe Heilmittelkatalog [14]; Bsp.zentrale Koordinationsstörungen im Säuglingsalter, Zerebralparesen, periphere Lähmungen,Mitbehendlung bei Hüftdysplasie

4.2

siehe Heilmittelkatalog [14]; Bsp. Zerebralparese, versch.Muskelerkrankungen,orthopädisch relevante Störungen

DGOU

4.1

alle primären und sekundären neuromuskulären Erkrankungen des Säuglings und Kleinkindes und Kindes. Klinisch fassbare Entwicklungsverzögerungen des Säuglings.

4.2

alle primären und sekundären neuromuskulären Erkrankungen des Erwachsenen; Frührehabilitation nach Schlaganfällen

Physio Deutschland

Generell ist die Therapie diagnoseübergreifend und altersunabhängig als Basistherapie bei allen neurologischen, neuroorthopädischen und neuromuskulären Krankheitsbildern einsetzbar

4.1

ZNS /PNS

Infantile Cerebralparese (ICP)
Arthrogryposis multiplex congenita (AMC)
Myelomeningocele (MMC)
Plexusparese
Entwicklungsverzögerungen und Entwicklungsstörungen

Neuroorthopädisch

Symmetriestörung, Fußfehlstellungen, Skoliose, Hüftdysplasie
Syndromale genetische Erkrankungen
Probleme in der Atmung, Schluck - und Kaufunktion
Positive Effekte wurden auch bei Regulationsstörungen gemacht.
Ein Schlafrhythmus stellte sich ein, exzessives Schreien reduzierte sich, Nahrungsaufnahme verbesserte sich

4.2

Multiple Sklerose (MS)
Schlaganfall, Querschnittslähmungen
Orthopädische Krankheitsbilder

DGPTW

4.1

kongenitaler Torticollis, infantile posturale asymmetrie, infantile zerebralparese, massive hypotone Muskulatur, periventrikuläre Leukomalazie, peripartale Hirnblutung

4.2

Schlaganfall, Multiple Sklerose, Postpoliosyndrom

Bobath-Vereinigung_Wissenschaftsbeirat

4.1

Nach unserer fachlichen Ansicht gibt es keine Erkrankungen des zentralen Nervensystems (einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen), bei denen Vojta-Therapie in der Behandlung von Säuglingen und Kindern unverzichtbar und anderen therapeutischen Verfahren, wie der Bobath-Therapie überlegen ist.

4.2

Unser Wissen zur Vojta-Therapie ist beschränkt. Aus unserer Sicht könnten insbesondere bei Menschen mit erworbener Querschnittslähmung oder bei jungen Erwachsenen mit Skoliose ein therapeutischer Gewinn durch Vojta-Therapie mit dem reflektorischen ausgelösten Trainingseffekt existieren. Hierzu müssten die Deutschsprachige Medizinische Gesellschaft für Paraplegiologie e. V. oder das Deutsche Skoliose Netzwerk bessere Erkenntnisse haben. Bei allen anderen neurologischen Erkrankungsbildern werden Therapieverfahren empfohlen, die die Therapie zielorientiert und aufgabenspezifisch für die Herausforderungen des Alltags in einem interprofessionellen Therapiemanagement planen und ausführen.
Quellen: siehe unter Frage 7

Bobath-Vereinigung_Therapeut

4.1

Zeigt sich sinnvoll bei Plexusparese und bei einigen Kindern mit Plagiocephalus.

4.2

Nach meinen Erfahrungen kann Vojta bei MS und evtl. Querschnitt wirkungsvoll sein.

VAKJP

Diese Fragen wurden nicht beantwortet.

DGNR

4.1

Vojta wird bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern mit manifesten neurologischen Erkrankungen wie z.B. der Zerebralparese oder geburtstraumatischen Plexusparesen, aber auch bei Säuglingen und Kleinkindern mit Risikofaktoren für die Manifestation einer neurologischen Symptomatik angewandt. Eine Behandlungsindikation ist die sogenannte Zentrale Koordinationsstörung (ZKS), die durch die von Vojta beschriebenen, abnormen „Lagereaktionen" diagnostiziert wird. Diese ZKS ist kein in den deutschen und internationalen einschlägigen Lehrbüchern der Kinderneurologie definierter Symptomenkomplex. Die Feststellung einer ZKS aufgrund pathologischer Lagereaktionen verkennt die Tatsache, dass auch gesunde Säuglinge im ersten Lebensjahr eine große Variationsbreite transitorischer klinischer Zeichen zeigen, die keinen Krankheitswert besitzen. Auch orthopädische Krankheitsbilder wie z.B eine Skoliose werden behandelt. Da heute andere mit aktuellen entwicklungsneurologischen Erkenntnissen aber auch durch Studien untermauerte Therapieverfahren zur Verfügung stehen, besteht streng genommen keine Berechtigung mehr bestimmte Krankheitsbilder mit der Vojta-Therapie zu behandeln (siehe 2.1)

4.2

Obige Aussage gilt in gleicher Form für die Behandlung von Erwachsenen. Höherwertige Evidenz existiert überhaupt nur für die Behandlung von Betroffenen mit Multipler Sklerose (MS) und Schlaganfall. Die Studien zur MS haben unterschiedliche Resultate erbracht, die teilweise auch einen klinischen Vorteil für die Kontrollgruppe zeigten (s. Review).

Der einzige uns bekannte RCT an Betroffenen nach Schlaganfall zeigt Vorteile für die Vojta-Therapie, allerdings gab es in dieser kleinen Studie erhebliche Unterschiede im Ausgangsniveau der Studienpopulation.

Literatur:

Sánchez-González, J.L., Sanz-Esteban, I., Menéndez-Pardiñas, M., Navarro-López, V., Sanz-Mengíbar, J.M., 2024. Critical review of the evidence for Vojta Therapy: a systematic review and meta-analysis. Front. Neurol. 15, 1391448. https://doi.org/10.3389/fneur.2024.1391448 [34]

Epple, C., Maurer-Burkhard, B., Lichti, M.-C., Steiner, T., 2020. Vojta therapy improves postural control in very early stroke rehabilitation: a randomised controlled pilot trial. Neurol. Res. Pract. 2, 23. https://doi.org/10.1186/s42466-020-000704 [12]

GNP

4.1

Da keine ausreichende Evidenz für die Therapie vorliegt, sollte unserer fachlichen Ansicht nach die Vojta-Therapie grundsätzlich nicht zum Einsatz kommen. Aus der klinischen Praxis ergibt kann eine Behandlungsindikation für Patienten nachvollzogen werden, bei denen vor allem eine ausgesprochene Lähmung oder Hypotonie vorliegt und die aktiv nicht in der Lage sind, Bewegungen auszuführen

4.2

hierzu kann von Seiten der Gesellschaft Neuropädiatrie keine Aussage getroffen werden

DGSPJ

4.1

In einem, international viel beachteten, Review wurden Therapieverfahren für die Zerebralparese bezüglich ihrer Evidenz nach einem Ampelschema klassifiziert (Nowak et al. 2020). Die Vojta-Therapie und die Bobath-Therapie wurden als Verfahren aufgelistet, die eine sehr schlechte Evidenz für Ihre Wirksamkeit aufweisen. Mit der Ausnahme für das Oucome „Tonus" für die Bobath Therapie (international: Neurodevelopmental Therapy (NDT)) kamen beide Verfahren nicht über die Beurteilungsschwelle „worth it line" hinaus. Das Bobathverfahren wurde zweimal als „Don't do it" und einmal als „probably don't do it", die Vojta-Therapie zweimal als „probably don't do it" eingestzft.

In der neuen Leitlinie zur Behandlung der unilateralen Zerebralparese, welche unter der Federführung der DGSPJ [9] verfasst wurde und aktuell den beteiligten Fachgesellschaften vorliegt, wird als Expertenkonsens formuliert:
„Bei Patient*innen mit USCP sollte eine entwicklungsbegleitende Physiotherapie und/oder Ergotherapie zielorientiert zum frühestmöglichen Zeitpunkt erfolgen. Diese können Therapieinhalte nach den Konzepten von Bobath, Vojta oder Petö enthalten, auch wenn die Evidenz aktuell weder eine klare Empfehlung für oder gegen eines der genannten Konzepte ermöglicht."
Die DGSPJ spricht somit keine „sollte"-Empfehlung im Zusammenhang mit der Vojta-Therapie aus. Bezüglich der Evidenzgrundlage verweisen wir auf die beigefügten Leitliniendokumente ([10] mit der Bitte um noch vertrauliche Behandlung). Grundsätzlich hält die DGSPJ die LL-Empfehlung für auf andere Erkrankungen übertragbar (vorbehaltlich der Überprüfung durch eine LL-Gruppe), z.B.:
Bilaterale spastische Zerebralparese
Hypotone Bewegungsstörungen
Skoliose-Behandlung
Arthrogryposis
Syndrome, die mit einer Bewegungsstörung einhergehen

Novak I, Morgan C, Fahey M, Finch-Edmondson M, Galea C, Hines A, Langdon K, Namara MM, Paton MC, Popat H, Shore B, Khamis A, Stanton E, Finemore OP, Tricks A, Te Velde A, Dark L, Morton N, Badawi N. State of the Evidence Traffic Lights 2019: Systematic Review of Interventions for Preventing and Treating Children with Cerebral Palsy. Curr Neurol Neurosci Rep. 2020 Feb 21;20(2):3. doi: 10.1007/s11910-020-1022-z. PMID: 32086598; PMCID: PMC7035308. [31]

4.2

Wir verweisen auf die Stellungnahmen der Fachgeslleschaften aus dem Bereich der Erwachsenenmedizin.

VPT

Für die Behandlung von Erkrankung des zentralen Nervensystems sind laut Heilmittelkatalog [14] verschiedene Therapieformen zulässig, hierzu zählen neben dem Vojta- Konzept auch das Bobath- Konzept oder PNF.
Folgende Indikationen ermöglichen die Verordnung der oben genannten Konzepte:

- prä-, peri-, postnatale Schädigungen (z.B. infantile Zerebralparese)
- Fehlbildungssyndrome (z.B. Meningomyelocele, Spina bifida)
- zerebrale Ischämie, Blutung, Hypoxie, Tumor
- Schädelhirn- und Rückenmarkverletzungen
- Meningoencephalitis, Poliomyelitis
- Querschnittssyndrome
- Vorderhornerkrankungen des Rückenmarks
- Amyotrophe Lateralsklerose
- M. Parkinson
- Multipe Sklerose
- Syringomyelie
- Spinalis anterior Syndrom
- Muskeldystrophie, -atrophie

Welche neurologische Behandlungskonzept ggf. Vorteile gegenüber anderen neurologischen Konzepten bei bestimmten Indikationen haben, können wir nicht beurteilen.

IVG

Unabhängig der Indikationen bei Säuglingen/ Kindern oder Erwachsenen, wird die Behandlung immer in Absprache mit dem behandelnden Arzt durchgeführt und der Belastbarkeit der Patient:innen zugeschnitten. Die Therapie wird dem jeweiligen Krankheitsbild in Ausgangslage, Ausgangsstellung und in der Auswahl der definierten Aktivierungspunkte (Zonen) individuell angepasst. Konkrete Indikationsbereiche führen wir unter 4.1. und 4.2 auf.

4.1

Im Rahmen der Neonatalogie kann die Vojta-Therapie einen positiven Effekt auf die Atmung und die Entwöhnung von Beatmungsgeräten haben. Hierzu gibt es zahlreiche Studien. Auch die Koordination und Rhythmik des Saugens wird nachweislich positiv beeinflusst (Czajkowska et al., 2019). Damit können zwei für das (Über-)Leben von Frühgeborenen essenzielle Funktionen – Atmung und Nahrungsaufnahme – gezielt unterstützt und gleichzeitig wichtige Voraussetzungen für die weitere motorische Entwicklung geschaffen werden.

Die Anwendung der Vojta-Therapie im Säuglingsalter ist indiziert, sobald sich im Rahmen einer sorfgfältigen entwicklungsneurologischen Befunderhebung Hinweise ergeben, die mit hoherWahrscheinlichkeit auf die Entstehung einer zerebralparetischen Störung im weiteren Entwiklungsverlauf hindeuten. Dies gilt auch für weitere ausgeprägte sensomotorische Entwicklungsauffälligkeiten anderer Genese. Das von Vojta entwickelte Konzept der *Zentralen Koordinationsstörung (ZKS)* stellt hierfür ein in zahlreichen Studien validiertes Instrument zur quantitativen Risikoabschätzung dar. Die Behandlung der ZKS dient als frühzeitige therapeutische Maßnahme dazu, einer manifesten Zerebralparese vorzubeugen oder deren Schweregrad signifikant zu beeinflussen.

Liegt bereits eine fixierte Zerebralparese vor, werden – abhängig vom Schweregrad und der individuellen Symptomatik spezifische Therapieziele definiert. Diese zielen auf eine bestmögliche Äquilibrierung von Haltung und Bewegung ab, um sekundäre orthopädische Komplikationen wie funktionelle Asymmetrien, Fehlbelastungen, Hüftdysplasien bzw. -luxationen oder Wirbelsäulenskoliosen zu vermeiden oder zu reduzieren und gleichzeitig eine bestmögliche Teilhabe der Patient: innen zu ermöglichen.

Über den Kontext der (drohenden oder manifesten) Zerebralparese hinaus besteht eine Indikation zur Vojta-Therapie bei einer Vielzahl weiterer neurologischer und (neuro-)orthopädischer Erkrankungen im Kindesalter, insbesondere wenn diese mit Beeinträchtigungen des Bewegungssystems und daraus resultierenden Folgeproblemen einhergehen. Dies umfasst unter anderem angeborene Muskelerkrankungen, verschiedene genetische Syndrome, periphere Nervenschädigungen wie geburtstraumatische Plexusparesen sowie ZNS-Fehlbildungen, z. B. im Rahmen dysraphischer Störungen. Auch bei orofazialen Funktionsstörungen kann die Vojta-Therapie zielführend eingesetzt werden.

Darüber hinaus ist sie, wie in Studien dokumentiert (M.Jung et al 2017 und J.Hohendahl 2023) bei muskulären Asymmentrien und Haltungsabweichungen im Säuglings-und Kleinkinderalter indiziert, etwa bei idiopathischer Säuglingsskoliose, angeborener Hüftdysplasie oder Torticollis unterschiedlicher Genese.

Literatur:

Igual Blasco, A., Piñero Peñalver, J., Fernández-Rego, FJ., Torró-Ferrero, G., Pérez-López, J. (2023). Effects of chest physiotherapy in preterm infants with respiratory distress syndrome: A systematic review. Healthcare (Basel, Switzerland) 11 (8). DOI: 10.3390/healthcare11081091. [21]

Gomez-Conesa, A., Fernández-Rego, F. J., Pérez-López, J., Agüera-Arenas, J. A. (2015). Physiotherapy treatment in the prevention of bronchopulmonary dysplasia and reduction of perinatal risk in preterm infants. Physiotherapy 101, e462-e463. DOI: 10.1016/j.physio.2015.03.3249 [17]

Giannantonio, C., Papacci, P., Ciarniello, R., Tesfagabir, M. G., Purcaro, V., Cota, F. et al. (2010). Chest physiotherapy in preterm infants with lung diseases. Italian journal of pediatrics 36, S. 65. DOI: 10.1186/1824-7288-36-65. [16]

Czajkowska, M., Fonfara, A., Królak-Olejnik, B., Michnikowski, M., Gólczewski, T. (2019). The impact of early therapeutic intervention on the central pattern generator in premature newborns - a preliminary study and literature review. Developmental period medicine 23 (3), S. 178–183. DOI: 10.34763/devperiodmed.20192303.178183 [5]

Imamura, S., Sakuma, K., Takahashi, T. (1983). Follow-up study of children with cerebral coordination disturbance (CCD, Vojta). Brain & Development 5 (3), S. 311–314. DOI: 10.1016/s0387-7604(83)80024-2 [22]

Torró-Ferrero, G., Fernández-Rego, F. J., Agüera-Arenas, J. J.,Gomez-Conesa, A. (2022). Effect of physiotherapy on the promotion of bone mineralization in preterm infants: a randomized controlled trial. Scientific Reports 12 (1), S. 11680. DOI: 10.1038/s41598-022-15810-6. [37]

Torró-Ferrero, S., Fernández-Rego, F.J., Jiménez-Liria, M.R., Agüera-Arenas, J.J., Piñero- Piñero, J., del Mar Sánchez-Joya, M., Fernández-Berenguer, M. J., Rodríguez-Pérez, M., Gomez-Conesa, A. (2022). Effect of

physical therapy on bone remodelling in preterm infants: a multicenter randomized controlled clinical trial. BMC Pediatrics 22(1):362 DOI:10.1186/s12887-022-03402-2 [38]
Jung, MW., Landenberger, M., Jung, T., Lindenthal, T., Philippi, H. (2017). Vojta therapy and neurodevelopmental treatment in children with infantile postural asymmetry: a randomised controlled trial. Journal of Physical Therapy Science 29 (2), S. 301–306. DOI: 10.1589/jpts.29.301. [24]
Hohendahl, L., Hohendahl, J., Lemhöfer, C., Best, N. (2023). The effect of pediatric physiotherapy on positional plagiocephaly: A retrospective trial. Phys Rehab Kur Med 33 (06), S. 344–351. DOI: 10.1055/a-1917-0677. [20]
Qian, G., Perzanowska, E., Kozakiewicz, M., Ewertowska, P., Yu, H.; Ossowski, Z. (2024). Immediate effects of Vojta Therapy on gait ability in Down syndrome patients: a pilot study. Frontiers in Neurology 15, S. 1511849. DOI: 10.3389/fneur.2024.1511849. [32]
Qian, G., Perzanowska, E.; Wilczyńska, D.; Kozakiewicz, M.; Yu, H.; Marcelina, H.; Ossowski, Z. (2025) Exploring the impact of home-based Vojta therapy on gait performance in individuals with Down syndrome: a preliminary feasibility study. DOI: 10.3389/fneur.2025.1537635. [33]

4.2

Auch in der Erwachsenentherapie kann die Vojta-Therapie im Bereich der Intensivmedizin sehr gut eingesetzt werden. Durch die Aktivierung der posturalen Steuerung werden die Voraussetzungen zur Spontanatmung und für den Schluckvorgang unterstützt.

Darüber hinaus sind im Erwachsenenbereich grundsätzlich alle Erkrankungen des zentralen und peripheren Nervensystems mit der Vojta-Therapie behandelbar. Die Vojta-Therapie hat hier im neurologischen Bereich zwei wesentliche Indikationsbereiche. Sie fördert die Regeneration bzw. Neuformation neuronaler Netzwerke nach traumatischen Schädigungen des Nervensystems, z.B. nach Schlaganfall, nach Querschnittslähmung, Neuro-Skoliosen oder sonstigen postakuten Zuständen infolge ZNS-traumatisierender Ereignisse. Die Behandlung mit der Vojta-Therapie ist zielführend möglich und wird dem jeweiligen Krankheitsbild in den Ausgangstellungen und der Auswahl der definierten Aktivierungspunkte (Zonenauswahl) angepasst.

Ein zweiter Indikationsbereich betrifft chronisch-degenerative Erkrankungen des zentralen und peripheren Nervensystems, bei denen die Vojta-Therapie darauf ausgerichtet ist, Restfunktionen, die infolge der fortschreitenden Bewegungseinschränkungen durch den/die Patienten:innen nicht mehr willkürlich erreicht werden können, zu aktivieren. Dazu gehören unter anderem Multiple Sklerose (Angelova G. et al, 2016; Argier L, 2023), neuroonkologische Krankheitsbilder, ALS. Ein weiteres Beispiel ist die ParkinsonErkrankung. Hier kann die Vojta-Therapie insbesondere die hypo- bzw. akinetischen Symptome positiv beeinflussen und damit zur Verbesserung der Gangsicherheit beitragen. In solchen Fällen kann die Anwendung der Vojta-Therapie auch in Form einer Intervallbehandlung indiziert sein.

Weil mittels der Vojta-Therapie auch die vegetative Steuerungsebene als Bestandteil des „globalen Musters“ angesprochen wird, kann sie bei schwer mehrfach behinderten, hochgradig pflegebedürftigen Patient:innen jeglichen Alters auch zur Beeinflussung der viszeralen Aktivitäten (z.B. Problemen der Darmmobilität, Ausscheidung) mit Erfolg eingesetzt werden.

Literatur:

Abdelhamed, A.I., Shorouk. (2024). Efficacy of reflex locomotion therapy in improving balance and walking abilities of patients with multiple sclerosis: a systematic review. Springer-Verlag DOI: 10.1007/s00337-024-01066-w [1]
Angelova, Gabriela; Skodova, Tereza; Prokopiusova, Terezie; Markova, Magdalena; Hruskova, Natalia; Prochazkova, Marie et al. (2020). Ambulatory Neuroproprioceptive Facilitation and Inhibition Physical Therapy Improves Clinical Outcomes in Multiple Sclerosis and Modulates Serum Level of Neuroactive Steroids: A Two-Arm Parallel-Group Exploratory Trial. In: Life (Basel, Switzerland) 10 (11). DOI: 10.3390/life10110267. [2]
Argier, Ł. M. (2023). The effect of Vojta therapy on gait parameters in a patient with multiple sclerosis – a case study. In: phr 27 (2), S. 40–44. DOI: 10.5114/phr.2023.128860. [3]
Carratalá Tejada, M. et al. (2022). Reflex locomotion therapy for balance, gait, and fatigue rehabilitation in subjects with multiple sclerosis. mdpi.com DOI: 10.3390/jcm11030567 [4]

Epple, C., Maurer-Burkhard, B., Lichti, M.-C., Steiner, T. (2020). Vojta therapy improves postural control in very early stroke rehabilitation: a randomised controlled pilot trial. Neurological Research and Practice 2, S. 23. DOI: 10.1186/s42466-020-00070-4. [12]

Anhang: Originalantworten auf Frage 5: Kontraindikationen

Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)

5.1

Hierzu können wir mangels Expertise in der Behandlung von Säuglingen und Kindern keine Stellungnahme abgeben und verweisen auf die neuropädiatrischen und pädiatrischen Kollegen.

5.2

Unserer fachlichen Ansicht nach gibt es keine Kontraindikationen bei der Anwendung der Vojta-Therapie bei Erkrankungen des zentralen Nervensystems. Mangels klinischer Erfahrung und fehlender klinischer Daten wird der Einsatz der Vojta Therapie bei schwangeren Frauen von der Internationalen Vojta Gesellschaft nicht empfohlen, weshalb auch in der klinischen Anwendung bei neurologischen Patientinnen Schwangere von der Therapie ausgeschlossen sind. Eine klinische Rationale hierfür ist uns nicht bekannt. Die Vojta Therapie wird auch auf Intensivstationen bei schwer neurologisch erkrankten Patienten angewandt. Hierbei wurden unserer fachlichen Ansicht nach keine negativen Effekte beobachtet. Klinische Daten finden sich hierzu nur wenige. Die bereits erwähnte RCT zur Vojta-Therapie bei akuten Schlaganfallpatienten (Epple C et al, 2020) untersuchte als sekundäre Endpunkte auch die Sicherheit der Therapie. Es fanden sich keine Unterschiede bezüglich unerwünschter Ereignisse zwischen den Behandlungsgruppen (u.a. Pneumonien, Harnwegsinfekt, Post-Stroke-Depression, Pharyngitis u.a.). Bei keinem der unerwünschten Ereignisse fand sich ein Zusammenhang mit der angewandten physiotherapeutischen Methode.

Literatur:

Epple, C, Maurer-Burkhard, B, Lichti, M-C, and Steiner, T. Vojta therapy improves postural control in very early stroke rehabilitation: a randomised controlled pilot trial. Neurol Res Pract. 2020 2:23. doi: 10.1186/s42466-020-00070-4 [12]

Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten – IFK e. V.

Fiebrige Infekte, metastasierende Tumore, Impfungen mit Lebendimpfstoffen (bis zu 10 Tage nach Impfung), Schwangerschaft. (Quelle: Zalpour C. (2010). Springer Lexikon Physiotherapie. 1. Auflage 2010 Springer-Verlag Berlin Heidelberg, S. 1346) [43]

DMGP

5.1

Keine relevante Patientengruppe in der umfassenden Behandlung Querschnittgelähmter an Querschnittgelähmtenzentren, deshalb kann diesbezüglich keine Aussage getroffen werden.

5.2

Bei -Erwachsenen mit Querschnittlähmung gibt es formal betrachtet keine richtiggehende Kontraindikation.

Bobath Zukunft! e. V.

5.1

Als Kontraindikation werden in Vojta-Lehrbüchern (siehe 1.1) [40,41], angegeben:

Patienten mit auslösbaren zerebralen Krampfanfällen, mit akuten entzündlichen Erkrankungen sowie Herzmuskelerkrankungen

Nach unserer fachlichen Ansicht ist besondere Vorsicht in der Reizdosierung in folgenden Fällen geboten: Kinder mit Osteoporose, mit Glasknochenerkrankung, Spina bifida oder peripheren Paresen.

Kontraindikation aus unserer fachlichen Sicht:

Kinder mit frühen Regulationsstörungen sowie in der Anwendung durch psychisch belastete oder erkrankte Eltern, Kinder in sehr frühen Lebensphasen, Kinder nach SHT, Kinder mit kognitivem Förderbedarf.

5.2

Schwangere Patienten

VIFF-BV

5.1

Akute entzündliche ZNS-Erkrankungen. Akute entzündliche Erkrankungen im Allgemeinen; Erhöhte Vorsicht bei Instabilität des Cranio-cerebralen Übergangs und bei Osteogenesis imperfecta (trifft für alle therapeutischen Maßnahmen zu).

Beziehungs- und Bindungsstörungen zwischen Kind und behandelndem Elternteil

5.2

Akut entzündliche ZNS- Erkrankungen; Akutstadium von Schlaganfall und Herzinfarkt; akute- entzündlich aktive Erkrankungen.

VIFF-Sachsen Lebenshilfe Dresden

5.1. und 5.2.

akute fieberhafte bzw. entzündliche Erkrankungen,Schwangerschaft

DGOU

5.1

Kontraindikationen sind akute fieberhafte oder entzündliche Erkrankungen, Impfungen und Schwangerschaft. Daneben ist mangelnde Kooperation des Patienten oder/und fehlende Übernahmemöglickeit der häuslichen Therapieanteile durch die Bezugsperson als Kontraindikation zu diskutieren.

5.2

Die oben genannten Kontraindikationen gelten auch für Erwachsene.

Physio Deutschland

5.1

Es gelten die generellen Kontraindikationen bei physiotherapeutischen Interventionen. (Fieber, entzündliche Erkrankungen, Glasknochenkrankheit, Tumorerkrankungen).

- Nach OP´s, bis der Kreislauf stabil ist, keine Blutungsgefahr besteht und die Narbe belastungsfähig ist.
- Nach Impfung mit Lebendimpfstoffen 10 Tage Pause (nach Rücksprache mit dem Arzt)
- Epilepsien in der Phase der medikamentösen Einstellung, in der initialen Phase bei Anwendung von Antikonvulsiva und Steroiden
- Vojta sollte nicht zum Einsatz kommen bei Anzeichen auf gravierende Störungen des Kindes zur Bezugsperson, bei psychischer Erkrankung der Bezugsperson, bei Verdacht auf Kindesmisshandlung, mangelnde Akzeptanz der Bezugsperson,

5.2

Siehe oben.

mangelnde Akzeptanz des erwachsenen Patienten, Schwangerschaft

DGPTW

5.1

fieberhafte Infekte

5.2

fieberhafte Infekte

Bobath-Vereinigung_Wissenschaftsbeirat

- Schließt man aus dem fehlenden Wirksamkeitsnachweis auf eine tatsächlich fehlende Wirksamkeit, so wäre die Anwendung der Vojta-Methode überflüssig und teuer. Zugleich würde den Patient*innen für die Zeitspanne der Vojta-Behandlung eine wirksame Therapie vorenthalten. Dies interpretiere ich als mittelbar schädlich.

- Insbesondere wird aus ethischer Sicht zu bedenken sein, dass Betroffene, die einem einschneidenden therapeutischen Geschehen, wie der Vojta-Therapie, ausgesetzt werden, hierzu einwilligungsfähig sein sollten.

Bobath-Vereinigung_Therapeut

5.1

Die Diagnose Spina bifida ist eine Kontraindikation, da Vojta das Muskelungleichgewicht und die spinale Spastik verstärkt.

Für mich ist auch CP einen Kontraindikation, da die Umsetzung der Vojta Therapie in den Alltag zu komplex ist.

5.2

Querschnitt und Hemiparese, wenn sich durch die Vojta-Therapie die Spastik erhöht oder in ein muskuläres Ungleichgewicht trainiert wird.

VAKJP

Diese Fragen wurden nicht beantwortet.

DGNR

5.1

Es gelten für die Vojta-Therapie wie für viele andere übende Verfahren klassische Kontraindikationen wie zum Beispiel febrile Zustände oder erhöhte Disposition für Frakturen wie zum Beispiel bei der sogenannten „Glasknochenkrankheit“ (Osteogenesis imperfecta).

Durch die Vojta-Therapie sind in der Regel keine schwerwiegenden physischen Schädigungen zu erwarten, wenn die o.a. Kontraindikationen eingehalten werden. Es gibt einen beschriebenen Fall eines 3 Monate alten Säuglings bei dem es bei der ersten Vojta-Anwendung zu einer tödlichen Hirnstammischämie wahrscheinlich durch beidseitige Vertebralisdissektion kam (Jacobi et al 2001). Ähnliche Risiken bestehen auch bei anderen sogenannten „manualtherapeutischen“ Anwendungen.

Darüber hinaus ist festzuhalten, dass durch die Vojta-Therapie nicht unerhebliche psychologische Probleme entstehen, wenn Kinder die Therapie ablehnen, sich durch die Therapie zu belastet fühlen oder bei der Therapie schreien. Dadurch können Belastungen auch in der Kind-Eltern Beziehung entstehen und die Eltern in eine Zwickmühle geraten, da sie ihre Kinder im wahrsten Sinne des Wortes in „Zwangslagen“ bringen müssen. Dies gilt besonders wenn die Behandlung nicht durch Fachtherapeuten, sondern durch die Eltern selbst erfolgt. In diesem Sinne bestehen mögliche psychologische Kontraindikationen zur Durchführung einer solchen Therapie insbesondere dann, wenn die Akzeptanz der in diesem Fall nicht einwilligungsfähigen Patienten eingeschränkt ist oder die Therapie als unangenehm oder schmerzhaft empfunden wird. Dieses Vorgehen steht in keiner Weise im Einklang mit den Richtlinien für Kinder mit einer drohenden oder bereits diagnostizierten Zerebralparese (s.u. Morgan et al 2021). [29]

Eine gesundheitsökonomische Nebenwirkung der Vojta Therapie besteht darin, dass die für die Vojta-Therapie eingesetzten zeitlichen, personellen und monetären Ressourcen für evidenzbasierte Therapieinhalte nicht mehr zur Verfügung stehen.

Literatur:

Jacobi G, Riepert T, Kieslich M, Bohl J. Uber einen Todesfall während der Physiotherapie nach Vojta bei einem 3 Monate alten Säugling. Fallbeschreibung und Bemerkungen zur Manualtherapie bei Kindern [Fatal outcome during physiotherapy (Vojta's method) in a 3-month old infant. Case report and comments on manual therapy in children]. Klin Padiatr. 2001 Mar-Apr;213(2):76-85. German. doi: 10.1055/s-2001-12881. PMID: 11305197. [23]

5.2

Für Erwachsene gelten die o.g. somatischen Kontraindikationen. Eine Behandlung nicht einwilligungsfähiger Patienten ist hier selten.

Die gesundheitsökonomischen Erwägungen gelten in gleicher Form bzw. sind noch ausgeprägter, da hier eine Vielzahl hochgradig evidenzbasierter Verfahren zur Verfügung stehen.

GNP

5.1

Kontraindikation ist die Gewichtung der Belastungssituation (Abwehr gegenüber unangenehmenen-schmerzhaften Maneuvern), die gegenüber Eltern mit dem (nicht-belegten) Exklusivitäts- und Wirksamkeitsbehauptung der VojtaTherapie durchgesetzt wird

5.2

als GNP nicht zu beantworten

DGSPJ

Wir sehen unter medizinischen Gesichtspunkten allenfalls relative Kontraindikationen:

5.1

- unzureichend stabiler Allgemeinzustand
- schwere Stoffwechselerkrankungen
- fieberhafte Erkrankungen
- 2-3 Tage nach Impfungen
- therapieresistente schwere Epilepsie
- schwere hämodynamisch wirksame Herzfehlbildung in Absprache mit den Kinderkardiologen
- deutliche Abwehr des Kindes im Rahmen der Vojta-Therapie

Relative Kontrandikation zur Durchführung von VojtaTherapie vonseiten der Eltern:

- kognitive Einschränkung der Eltern
- psychische Erkrankung der Eltern
- fortgeschrittene Schwangerschaft der Kindesmutter
- fehlende Compliance der Eltern bei der Durchführung der VojtaTherapie im häuslichen Kontext

5.2

Unserer fachlichen Ansicht nach gibt es keine Kontraindikationen bei der Anwendung der Vojta-Therapie bei Erkrankungen des zentralen Nervensystems. Mangels klinischer Erfahrung und fehlender klinischer Daten wird der Einsatz der Vojta-Therapie bei schwangeren Frauen von der Internationalen Vojta Gesellschaft nicht empfohlen, weshalb auch in der klinischen Anwendung bei neurologischen Patientinnen Schwangere von der Therapie ausgeschlossen sind. Eine klinische Rationale hierfür ist uns nicht bekannt. Die Vojta-Therapie wird auch auf Intensivstationen bei schwer neurologisch erkrankten Patienten angewandt. Hierbei wurden unserer fachlichen Ansicht nach keine negativen Effekte beobachtet. Klinische Daten finden sich hierzu nur wenige. Die bereits erwähnte RCT zur Vojta-Therapie bei akuten Schlaganfallpatienten (Epple C et al, 2020) untersuchte als sekundäre Endpunkte auch die Sicherheit der Therapie. Es fanden sich keine Unterschiede bezüglich unerwünschter Ereignisse zwischen den Behandlungsgruppen (u.a. Pneumonien, Harnwegsinfekt, Post-Stroke-Depression, Pharyngitis u.a.). Bei keinem der unerwünschten Ereignisse fand sich ein Zusammenhang mit der angewandten physiotherapeutischen Methode.

Literatur:

Epple, C, Maurer-Burkhard, B, Lichti, M-C, and Steiner, T. Vojta therapy improves postural control in very early stroke rehabilitation: a randomised controlled pilot trial. Neurol Res Pract. 2020 2:23. doi: 10.1186/s42466-020-00070-4 [12]

VPT

Folgende Kontraindikationen werden unspezifische für die Behandlung von Kindern/Jugendlichen oder Erwachsenen angegeben:

- Fieber

- Schwangerschaft
- Akute entzündliche Prozesse
- Metastasierende Tumoren
- Etwa 10 Tage nach Impfungen mit Lebendimpfstopp

Quelle:

Schellhammer, S.(2012): Vojta-Konzept in Ebelt-Paprotny, G.; Preis, R. (Hrsg.) Leitfaden Physiotherapie, 6.Auflage, Urban und Fischer, S. 274-81) [36]

IVG

Grundsätzlich ist die lege artis durchgeführte Vojta-Therapie gut und stufenlos dosierbar, so dass sie wenig Kontraindikationen beinhaltet. Die Therapie kann jederzeit – in Abstimmung mit dem verordneten Arzt – problemlos an die Belastbarkeit bei Erkrankungen, die mit Hirndruckproblemen, Entzündungen des ZNS/peripheren NS/ Muskulatur, Osteogenesis imperfecta, hochgradiger Osteoporose, Chemotherapie und/oder Epilepsie einhergehen, angepasst werden.

5.1

Aufmerksamkeit bedarf es

- bei allen akuten fieberhaften Erkrankungen (Therapiepause)
- in Phasen der medikamentösen (Neu-)Einstellung bei Epilepsie, insbesondere in Phasen der Behandlung des WestSyndroms mit hohen Steroid- bzw. ACTH-Dosen

Die Vojta-Therapie ist kontraindiziert, wenn sich in der Anleitung der Bezugsperson erweist, dass diese zur Umsetzung der erforderlichen häuslichen Behandlungsanteile nicht in der Lage ist. Als Ursachen dafür kommen z.B. in Betracht:

- Eingeschränkte körperliche Voraussetzungen bei der Bezugsperson (z.B. eigene Behinderung/Erkrankung)
- Unsensible, „mechanische“ Umsetzung der vermittelten Behandlungsinhalte sowie nachhaltige Ängstlichkeit/Unsicherheit im therapeutischen Prozedere
- Annahmeproblematik im Hinblick auf die bei dem Kind bestehende Entwicklungsproblematik und daraus resultierende ambivalente Haltung gegenüber dem Kind (auf Grund von Wahrnehmungen des/der Therapeuten: in im Anleitungsprozess)

In Anbetracht der immunologischen Anpassungsleistungen nach Impfungen und der grundsätzlich nicht auszuschließenden Möglichkeit von Impfkomplikationen ist nach Impfungen eine Therapiepause bis zu 14 Tagen zu empfehlen, je nach Impfstoff und der Folgereaktion der Patient:innen.

5.2

Schwangerschaft benennt die IVG e.V. als Kontraindikation zur Behandlung beim Erwachsenen, allerdings steht hier die verantwortungsvolle Vorsichtsmaßnahme im Vordergrund, da die Umstände der jeweilig werdenden Mutter sehr unterschiedlich sind und die hormonelle Umstellung in viele Bereiche der körperlichen Funktionen eingreifen, die nicht immer ausreichend einzuschätzen sind.

Vorsicht ist - wie bei allen anderen physiotherapeutischen Maßnahmen im Erwachsenenbereich - bei akuter Entzündung, akuten Traumen des zentralen und peripheren Nervensystems, die mit sensomotorischen, vegetativen oder psychomotorischen Instabilitäten einhergehen können, geboten.

Abteilung Fachberatung Medizin

Überprüfung der HeilM-RL hinsichtlich der Regelungen zur Krankengymnastik zur Behandlung von ZNS-Erkrankungen

Rückmeldungen zum Themenkomplex II:

Schädigungen / Nebenwirkungen / Langzeitfolgen

Auftrag / Anfrage von: AG Heilmittel-RL

Bearbeitet von: FBMed

Datum: 8. August 2025

Letzte Aktualisierung: 8. August 2025

Dateiname: STN_Vojta_Teil_II_2025-08-08.docx

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis 3
Abkürzungsverzeichnis 4
1 Sachverhalt 5
2 Methodisches Vorgehen 6
3 Ergebnisse 7
3.1 Aussagen zur Dokumentation möglicher unerwünschter Wirkungen 7
3.2 Aussagen zu Schädigungspotenzial in der unmittelbaren Anwendung 13
3.3 Aussagen zu möglichen Spätfolgen 20
3.4 Aussagen zu psychischen Belastungen oder zu direkten Stressreaktionen 26
3.5 Aussagen zur Weiterentwicklung der VT vor dem Hintergrund der psychischen Belastbarkeit 32
4 Zusammenfassung 38
Referenzen 44
Anhang: Originalantworten auf Frage 10 47
Anhang: Originalantworten auf Frage 13 54
Anhang: Originalantworten auf Frage 14 61
Anhang: Originalantworten auf Frage 15 67
Anhang: Originalantworten auf Frage 16 74

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Rückmeldungen zu Frage 10 9
Tabelle 2: Zitierte Quellen zur Frage 10 12
Tabelle 3: Rückmeldungen zu Frage 13 15
Tabelle 4: Zitierte Quellen zu Frage13 19
Tabelle 5: Rückmeldungen zu Frage 14 21
Tabelle 6: Zitierte Quellen zu Frage14 24
Tabelle 7: Rückmeldungen zu Frage 15 27
Tabelle 8: Zitierte Quellen zu Frage15 31
Tabelle 9: Rückmeldungen zu Frage 16 33
Tabelle 10: Zitierte Quellen zu Frage16 37

Abkürzungsverzeichnis

BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
CP	Cerebralparese
DGKJ	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V.
DGN	Deutsche Gesellschaft für Neurologie e. V.
DGNR	Deutsche Gesellschaft für Neurorehabilitation e. V.
DGOU	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V.
DGPTW	Deutsche Gesellschaft für Physiotherapiewissenschaft e. V.
DGSPJ	Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie e. V.
DMGP	Deutschsprachige Medizinische Gesellschaft für Paraplegiologie e. V.
FBMed	Fachberatung Medizin
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GCP	Good Clinical Practice / Gute klinische Praxis
GNP	Gesellschaft Neuropädiatrie e. V.
GRADE	Grading of Recommendations Assessments, Development, and Evaluation
HeilM-RL	Heilmittel-Richtlinie
HMK	Heilmittelkatalog
ICP	Infantile Cerebralparese
IFK	Interessengemeinschaft freiberuflicher Krankengymnasten / heute: Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten – IFK e. V.
IVG	Internationale Vojta Gesellschaft e. V.
LL	Leitlinie
NDT	Neurodevelopmental Therapy / Bobath Therapie
SN	Stellungnahme/n
SPZ	Sozialpädiatrisches Zentrum
SUE	schwerwiegende unerwünschte Ereignisse
UE	unerwünschte Ereignisse
VAKJP	Vereinigung für analytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in Deutschland
VIFF-BV	Vereinigung für Interdisziplinäre Frühförderung – Bundesvereinigung e. V.
VPT	Verband für Physiotherapie e. V.
Vrg.	Vereinigung
VT	Vojta-Therapie
WB	Wissenschaftsbeirat
ZKS	Zentrale Koordinationsstörung
ZNS	Zentrales Nervensystem

1 Sachverhalt

Mit Beschluss des G-BA vom 16. Januar 2025 wurde ein Beratungsverfahren zur Überprüfung der Regelungen zur Krankengymnastik zur Behandlung von ZNS-Erkrankungen der HeilM-RL eingeleitet. Vor diesem Hintergrund hat der G-BA eine schriftliche Expertenbefragung mit Hilfe eines Fragebogens durchgeführt.

In ihrer Sitzung am 26.06.2025 tauschte sich die AG HeilM-RL hierzu erstmalig aus und vereinbarte, die FBMed zur Aufbereitung wie folgt zu beauftragen:

Aufgrund der umfangreichen Rückmeldung zur Expertenbefragung bittet die AG HeilM-RL die FBMed um Sichtung sowie Strukturierung der eingegangenen Rückmeldung der Experten sowie um eine Einordnung der der jeweiligen Fragestellung beigefügten Literatur im Hinblick auf die gegebenen Expertenantworten.

Dabei bittet die AG HeilM-RL die Aufbereitung nach folgenden Themenkomplexen zu strukturieren:

I. Indikationen / Kontraindikationen
   (Fragen 4 und 5)
II. Schädigungen / Nebenwirkungen / Langzeitfolgen
   (Fragen 10, 13, 14, 15 und 16)
III. Durchführung
   (Fragen 3, 6, 8 und 9)
IV. Vergleich Vojta vs. andere Therapien
   (Fragen 7, 11 und 12)
V. Wirkprinzipien / Entwicklung Therapiekonzept
   (Fragen 1 und 2)

2 Methodisches Vorgehen

Der zweite Themenkomplex zu „Schädigungen / Nebenwirkungen / Langzeitfolgen“ umfasst fünf Fragen: die Frage 10 stammt aus dem Teil I mit den allgemeinen Fragen zur Vojta-Therapie (siehe Unterkapitel 3.1).

Die Fragen 13, 14, 15 und 16 stammen aus dem Teil II mit besonderen Fragen zur Vojta-Therapie bei Säuglingen und Kindern (siehe Unterkapitel 3.2 bis 3.5).

Die vollständigen Originalantworten zu den Fragen 10, 13, 14, 15 und 16 finden sich im Anhang.

Für die Operationalisierung wurden Exzerpte der Antworten erstellt (siehe Ergebnisteil). Dabei wurden auch die jeweils angegebenen Literaturstellen überprüft und bzgl. Aussage und Evidenzstufe eingeordnet.

Im Ergebniskapitel wurden im Falle von „keine Angabe“, von Verweisen ohne inhaltlich relevante Angaben und bei nicht beantworteten Fragen die entsprechenden Felder in den Tabellen grau unterlegt und mit „./.“ kenntlich gemacht.

Bewertung der genannten Evidenzquellen

Die Zuordnung nach Evidenzstufen orientiert sich an der Bewertung therapeutischer Methoden gemäß Verfahrensordnung §11 des G-BA [10]:

a) I a systematische Übersichtsarbeiten von Studien der Evidenzstufe I b,
b) I b randomisierte klinische Studien,
c) II a systematische Übersichtsarbeiten von Studien der Evidenzstufe II b,
d) II b prospektive vergleichende Kohortenstudien,
e) III retrospektive vergleichende Studien,
f) IV Fallserien und andere nicht vergleichende Studien,
g) V Assoziationsbeobachtungen, pathophysiologische Überlegungen, deskriptive Darstellungen, Einzelfallberichte, nicht mit Studien belegte Meinungen anerkannter Expertinnen und Experten, Berichte von Expertenkomitees und Konsensuskonferenzen.

Für Leitlinien wurde die Klassifikation nach AWMF angegeben. Da sich Bücher bzw. Buchkapitel nicht unter die Evidenzstufen I bis IV einordnen lassen, wurde ihnen die Evidenzstufe V zugeordnet. Hiermit ist jedoch keine Bewertung der Qualität oder des fachlichen Niveaus der jeweiligen Abhandlung verbunden.

Eine Bewertung der methodischen Qualität der zitierten Studien wurde nicht vorgenommen.

Insgesamt wurden 35 verschiedene Quellen zu den Fragen 10, 13, 14, 15 und 16 in den 17 ausgefüllten Fragebögen, die im Rahmen der Expertenbefragung eingingen, zitiert.

3 Ergebnisse

Im Folgenden finden sich in tabellarischer Form Exzerpte auf Basis der Antworten zu „Mechanismen und Protokolle zur Dokumentation möglicher unerwünschter Wirkungen“ (Frage 10), zum Schädigungspotenzial (Frage 13), zum Risiko möglicher Spätfolgen (Frage 14), zu psychischen Spätfolgen oder Stressreaktionen (Frage 15) sowie Einschätzungen der psychischen Belastung durch die VT und eine ggf.diesbezügliche Anpassung der VT (Frage 16).

Für eine bessere Übersicht bzw. Orientierung wurde eine Gruppierung vorgenommen in:

- Fachgesellschaften aus dem Bereich Neurologie (DGN; DGNR)
- Fachgesellschaften mit Fokus auf Kinder (DGSPJ/DGKJ; GNP/DGKJ;VAKJP)
- Weitere Fachgesellschaften (DGOU; DGPTW; DMGP)
- Organisationen der Leistungserbringer (IFK; Physio Deutschland; VPT)
- Fachverbände (IVG; VIFF-BV; VIFF-Sachsen; Bobath Zukunft; Bobath Vrg. WB; Bobath Vrg. Therapeutin)

3.1 Aussagen zur Dokumentation möglicher unerwünschter Wirkungen

Mit der Frage 10 des Fragebogens wurde der Aspekt unerwünschte Wirkungen der VT adressiert:

Frage 10: Welche Mechanismen oder Protokolle existieren, um mögliche unerwünschte Wirkungen frühzeitig und auch im Langzeitverlauf zu erkennen und zu dokumentieren?

10.1 Bei der Anwendung durch Physiotherapeutinnen und -therapeuten?

10.2 Bei der Anwendung durch Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige)?

10.3 Gibt es hierzu relevante Unterlagen/Dokumente und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

Insgesamt 14 von 17 Stellungnehmenden haben relevante Angaben zu dieser Frage gemacht (siehe Tabelle 1). Die erste Unterfrage zur Anwendung durch Physiotherapeutinnen und -therapeuten wurde konkret von vier Stellungnehmenden beantwortet. Auf die Unterfragen 10.2 und 10.3 sind drei respektive vier Stellungsnehmende eingegangen, allerdings zwei ohne Angabe von Quellen. Die Unterfragen 10.1 und 10.2 wurden in vier Fragebögen zusammen beantwortet und sechs Stellungnehmende haben bei der Beantwortung keine Unterscheidung zwischen den Unterfragen vorgenommen.

Bewertung der zitierten Literaturstellen

Von 14 Stellungnehmenden, die diese Frage beantwortet haben, wurden insgesamt 8 Quellen angegeben (siehe Tabelle 2). Die älteste Zitation stammt aus dem Jahr 1987 [35].

Zur Beantwortung der Fragen bezüglich der Dokumentation möglicher unerwünschter Wirkungen (unerwünschte Ereignisse (UE) oder schwerwiegende unerwünschte Ereignisse (SUE)) der VT wurde ein RCT (Evidenzstufe Ib) aufgeführt, der jedoch mit methodischen Einschränkungen einhergeht [8].

In die systematische Übersichtsarbeit und Metaanalyse von Sanchez-Gonzales [26] wurden verschiedene Studientypen eingeschlossen, so dass diese Arbeit der Evidenzstufe IIa zugeordnet wurde. Die in der Publikation dargestellte Bewertung mit „Grading of Recommendations Assessments, Development, and Evaluation“ (GRADE) weist auf eine geringe Qualität der eingeschlossenen Studien hin. Die Wirkung der VT wurde an Frühgeborenen, Säuglingen, Kindern und Erwachsenen mit oder ohne Erkrankung untersucht.

Zwei der genannten Quellen – nicht vergleichende Studien [23,35] – wurden der Evidenzstufe IV zugeordnet.

Vier Quellen wurden der Evidenzstufe V zugeordnet, da es sich um Bücher [16,36], ein Poster [34] bzw. einen Gesetzestext handelt [5].

Anmerkung FBMed

Die IVG hat die Quelle „*Assessments in der Physiotherapie, Bd.1-3, Hogrefe Verlag*“ zitiert. Diese Quelle ist nicht auffindbar. Von Hofgrefe wurde „*Assessments in der Rehabilitation*“ (Assessments in der Rehabilitation: Neurologie - 2020 - Band 1: Neurologie, Hogrefe (letzter Zugriff: 05.08.2025) veröffentlicht.

Tabelle 1: Rückmeldungen zu Frage 10

	Frage 10: Welche Mechanismen oder Protokolle existieren, um mögliche unerwünschte Wirkungen frühzeitig und auch im Langzeitverlauf zu erkennen und zu dokumentieren?		
	10.1 Bei der Anwendung durch Physiotherapeutinnen und -therapeuten?	10.2 Bei der Anwendung durch Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige)?	10.3 Gibt es hierzu relevante Unterlagen/Dokumente und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.
Fachgesellschaften aus dem Bereich Neurologie			
DGN	Protokolle nicht bekannt		RCT bei Pat. mit Schlaganfall [8] - alle unerwünschten Ereignisse (UE) und schwerwiegenden unerwünschten Ereignisse (SUE) während des stationären Aufenthaltes werden nach den Standarddefinitionen der Good-Clinical Practice (GCP) Verordnung von 2004 durch die Prüfärzte dokumentiert
DGNR	VT sollte unter ärztlicher Kontrolle stattfinden. Keine Dokumente zur Dokumentation UE bekannt		
Fachgesellschaften mit Fokus auf Kinder			
DGSPJ/DGKJ	In einzelnen Einrichtungen wird die Befindlichkeit von Kindern und deren Unwohlsein während Therapien anhand von Fragebögen standardmäßig erfasst.		
GNP/DGKJ	./.	./.	./.
VAKJP	./.		
Weitere Fachgesellschaften			
DGOU	- Keine Protokolle zur Erfassung UE - Verhaltensauffälligkeiten werden berichtet (auffälliges Schreien) - Diskutiert werden psychische Langzeitfolgen der VT bei Säuglingen, die von Betroffenen geäußert werden		Es gibt keine evidenz-basierten Studien zu diesen Langzeitfolgen Fallberichte/Dokumente [36]
DGPTW	- Verlaufsdokumentation - Mangels langfristiger Nebenwirkungen hat sich kein Bedarf zur Entwicklung von Notfallprotokollen ergeben.		

	Frage 10: Welche Mechanismen oder Protokolle existieren, um mögliche unerwünschte Wirkungen frühzeitig und auch im Langzeitverlauf zu erkennen und zu dokumentieren?		
	10.1 Bei der Anwendung durch Physiotherapeutinnen und -therapeuten?	10.2 Bei der Anwendung durch Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige)?	10.3 Gibt es hierzu relevante Unterlagen/Dokumente und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.
	- Kinder waren zum Teil über 6 bis 10 Jahre in Behandlung		
DMGP	Verlaufsdokumentation in der Patientenakte	./.	./.
Organisation der Leistungserbringer			
IFK	- Dokumentationspflicht gemäß § 630 f des BGB [5] - Auszug aus dem Rahmenvertrag gem. § 125 Abs. 1 SGB V: Therapiedokumentation nach jeder Behandlungseinheit - HeilM-RL [9]: Zu Form und Inhalt des therapeutischen Berichts gibt es keine Vorgaben, kann praxis- und patientenindividuell gestaltet werden		
Physio Deutschland	- Dokumentation, bei UE Rücksprache mit Arzt und ggf. andere Therapieoptionen - UE im Langzeitverlauf nicht bekannt - Im Rahmen der Fortbildung der Arbeitskreise, den Mitgliederversammlungen, den Symposien der AG Vojta und der Fachkommission Physiotherapie in der Pädiatrie nicht thematisiert.		Bisher wurden mehrere zehntausend Pat. mit VT behandelt. Es liegen keine Hinweise auf UE vor. [26]
VPT	Dokumentation ist Teil der physiotherapeutischen Leistung. Verweis auf Anlage 1 Leistungsbeschreibung des Rahmenvertrages nach §125 Abs. 1 SGB V		
Fachverband			
IVG	Einrichtungsindividuelle Dokumentation (motorische, sensorische, vegetative Verläufe bei Pat.) anhand der von Prof. Dr. Vojta beschriebenen diagnostischen Instrumente [23,35] Therapieverlauf/Langzeitverlauf und ggf. UE in den Therapieberichten für Haus- und Fachärzte enthalten	- Spontanmotorik wird vor und nach jeder Behandlung überprüft und relevante Teilmuster/Funktionen werden mit den Bezugspersonen besprochen - Lokomotionsstadien nach Vojta zur Quantifizierung der Fortschritte	[16] – Lagereaktionen: Phasen sind objektive Meilensteine der Entwicklung [34] [35] [23]

	Frage 10: Welche Mechanismen oder Protokolle existieren, um mögliche unerwünschte Wirkungen frühzeitig und auch im Langzeitverlauf zu erkennen und zu dokumentieren?		
	10.1 Bei der Anwendung durch Physiotherapeutinnen und -therapeuten?	10.2 Bei der Anwendung durch Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige)?	10.3 Gibt es hierzu relevante Unterlagen/Dokumente und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.
		- Überprüfung der Säuglingsentwicklung in SPZ durch Kinderärzt:innen und/oder die Ärzt:innen. Diagnostik: Lagereaktionen, neonatale Reflexe und Begleitung der Eltern [16]	
VIFF-BV	Befunderhebung mit Assessments, Verlaufsdokumentation, Evaluation	Enge Abstimmung und regelmäßige Besprechungen mit den Bezugspersonen	Allgemeine Vorgehensweise
VIFF-Sachsen	Ausweichbewegungen beobachten, korrigieren, Austausch mit Bezugspersonen zu Reaktionen nach Therapie		Dokumentation
Bobath Zukunft	Keine clinical-reasoning-Prozesse zur Überprüfung des Vorgehens bekannt		
Bobath Vrg. WB	./.		
Bobath Vrg. Therapeutin	Dokumentation	Therapeut*innen dokumentieren Umsetzung der VT im häuslichen Umfeld	./.

Tabelle 2: Zitierte Quellen zur Frage 10

Autor (Jahr)	Evidenzstufe	Population	Zitiert von	Anmerkungen
10.1				
Maurer-Burkhard et al. (2016) [23]	IV	Erwachsene mit Wirbelsäulenverletzungen	IVG	Nicht vergleichende Studie. Anwendung und Anpassung der stadienbasierten Ratingskala zur Lokomotion, die an Kindern mit CP entwickelt wurde, an Pat. mit chronischen Rückenmarksverletzungen. Bewertung der Reliabilität (2 Tester) und der Konstruktvalidität
Vojta (1987) [35]	IV	Kinder mit CP	IVG	Bericht über 328 Kinder mit CP, keine Vergleichsgruppe
10.2				
IVG [16]	V	Neugeborene – ZKS, CP-Bedrohung, CP	IVG	Vojta-Therapie: Vojta-Diagnostik: Aspekte.
10.3				
Epple et al. (2020) [8]	Ib	Erwachsene mit akutem Schlaganfall	DGN	RCT mit 40 Pat., 25 Pat. mit UE (12 VT vs. 13 Kontrollen) Unterschiede im Ausgangsniveau der Studienpopulation und methodische Schwächen.
IVG [16]	V	Neugeborene – Diagnostik Lagereaktion	IVG	Vojta-Therapie: Vojta-Diagnostik: Beschreibung der sieben Lagereaktionen (siehe oben 10.2)
Maurer-Burkhard et al. (2016) [23]	IV	Erwachsene mit Wirbelsäulenverletzungen	IVG	Nicht vergleichende Studie (siehe oben 10.1)
Sanchez-Gonzalez et al. (2024) [26]	IIa	Keine Einschränkungen: Frühgeborene / Säuglinge / Kinder / Erwachsene mit oder ohne Erkrankung	Physio Deutschland	alle Studientypen eingeschlossen: Insgesamt 55 Studien eingeschlossen in die qualitative Synthese, 18 Studien eingeschlossen in die Meta-Analyse Publikation passt nicht zu den Ausführungen in der Antwort
Vojta (1987) [35]	IV	Kinder mit CP	IVG	Bericht über 328 Kinder mit CP, keine Vergleichsgruppe (siehe oben 10.1)
Vojta (2010) [34]	V	Säuglinge	IVG	Poster zur Entwicklung im ersten Lebensjahr
Voos (2021) [36]	V	Säuglinge	DGOU	Buch
10.1 bis 10.3				
BGB [5]	V	Nicht anwendbar	IFK	§ 630 f BGB

3.2 Aussagen zu Schädigungspotenzial in der unmittelbaren Anwendung

Über die Frage 13 wird das Schädigungspotenzial während der Anwendung der VT erfragt:

Frage 13: Besteht Ihrer fachlichen Ansicht nach bei der unmittelbaren Anwendung der Vojta-Therapie bei Säuglingen und Kindern ein daraus folgendes Schädigungspotenzial?

13.1 Bei der Anwendung durch Physiotherapeutinnen und -therapeuten?

13.2 Bei der Anwendung durch Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige)?

13.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

Insgesamt 14 von 17 Stellungnehmenden haben relevante Angaben zu dieser Frage gemacht (siehe Tabelle 3).

Davon haben sich jeweils acht der Stellungnehmenden konkret zur Unterfrage 13.1 bezüglich des Schädigungspotenzials bei der Anwendung durch die Vojta-Therapeutinnen und -Therapeuten und zur Unterfrage 13.2 zum Schädigungspotenzial bei der Anwendung durch Bezugspersonen geäußert.

Vier der Stellungnehmenden haben Angaben zur Evidenz gemacht, drei unter Nennung von Quellen. Alle Unterfragen wurden in drei Fällen zusammen beantwortet und dreimal wurde auf die Unterfragen 13.1 und 13.2 zusammen eingegangen.

Bewertung der zitierten Literaturstellen

Von 14 Stellungnehmenden, die diese Frage beantwortet haben, wurden insgesamt acht Quellen angegeben (Tabelle 4). Die älteste Zitation stammt aus dem Jahr 1996 [29].

In der vergleichenden Studie von Ludewig & Mähler [21] (Evidenzstufe IIb) wurde eine Elternbefragung zur Mutter-Kind-Belastung bei frühem Therapiebeginn durchgeführt. Diese Quelle wurde von der DGOU und der DGPTW zitiert.

Es wurden zwei nicht vergleichende Studien (Evidenzstufe IV) angegeben: Giannantonio et al. (2010) untersuchte 34 Frühgeborene mit Lungenproblemen [12]. In der 2021 veröffentlichten Studie von Kiebzak et al. [20] wurde der Cortisolgehalt des Speichels von Kindern mit zentraler Bewegungsstörung im Alter bis 9 Monaten vor und nach der VT bestimmt.

Fünf Quellen wurden der Evidenzstufe V zugeordnet [4,7,17,28,29] (siehe Tabelle 4).

Anmerkungen FBMed

Die IVG hat in ihrer Antwort auf die Unterfrage 13.1 explizit auf ihr Curriculum hingewiesen. Dies findet sich in der Originaldatei *„16_IVG_inkl-Anhang.pdf*“ ab Seite 21. Das Curriculum wurde im Rahmen dieser Ausarbeitung nicht bewertet.

Von der IVG wurde das Erratum zu: „Traumatologie der A. vertebralis beim Säugling“ von Saternus (2011) [28] angegeben und Folgendes ausgeführt: *„In beiden Fällen wurde dieser Zusammenhang – von den Autoren anerkannt – widerlegt. Herr Prof. Dr. Saternus nahm seine*

Publikation mit dem Ausdruck des Bedauerns zurück, in dem er einräumte, von fachlich falschen Voraussetzungen ausgegangen zu sein.“

Der Aussage der IVG kann nicht vollumfänglich gefolgt werden: Zitat Saternus [28] „*Dabei wurde übersehen, dass dem zweiten, von Holla et al. aus den Niederlanden berichteten Todesfall keine krankengymnastische Behandlung nach Vojta vorausgegangen war*.“

Der andere Säugling war im zeitlichen Zusammenhang mit der VT verstorben.

Hierzu führt die DGSPJ aus, dass eine Vorschädigung wahrscheinlich sei. Die Publikation Jacobi et al. (2001) [17] sei lt. DGSPJ nicht relevant für diese Fragestellung.

Tabelle 3: Rückmeldungen zu Frage 13

	Frage 13: Besteht Ihrer fachlichen Ansicht nach bei der unmittelbaren Anwendung der Vojta-Therapie bei Säuglingen und Kindern ein daraus folgendes Schädigungspotenzial?		
	13.1 Bei der Anwendung durch Physiotherapeutinnen und -therapeuten?	13.2 Bei der Anwendung durch Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige)?	13.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.
Fachgesellschaften aus dem Bereich Neurologie			
DGN	./.		
DGNR	- Bei adäquater Beachtung von Kontraindikationen keine Risiken - Belastende Situation für Säuglinge und Kleinkinder - über Konditionierung Auslösen der Stressreaktion auch in anderen Situationen (Wickeln) - Störung der Eltern-Kind-Beziehung - Psychische Belastung der Eltern		./.
Fachgesellschaften mit Fokus auf Kinder			
DGSPJ/DGKJ	- Psychosoziale Konsequenzen aufgrund der unrealistischen Erwartungshaltungen an den Therapieerfolg, mangelnde Akzeptanz der Beeinträchtigung - Arbeit mit Druckpunkten stellt Risiko für Schmerzauslösung dar und kann bei täglicher Exposition psychosoziales Schädigungpotential bergen. - Unmutsäußerungen, Abwehrhaltung und Weinen bei Therapie sollten über Fragebögen einem Monitorung unterliegen - In Abhängigkeit von der Kind-Eltern Therapeuten-Interaktion kann eine schmerzfreie Vojta-Therapie gelingen - Abwehrreaktionen der Kinder durch dynamische Ausweichbewegungen - [17,29] werden genannt, jedoch beide als nicht geeignet eingestuft, um in der Diskussion zur VT berücksichtigt zu werden		
GNP/DGKJ	Situative Traumatisierung	Überforderung, situative Traumatisierung, Bindungsstörung	./.
VAKJP	Trotz korrekter Durchführung kann bei Säuglingen, insbesondere mit unreifer Affekt- und Selbstregulation,	- Höheres Risiko - Elterliche Verunsicherung, Überforderung	Einzelne Fallberichte weisen auf somatische und affektive Stressreaktionen hin

	Frage 13: Besteht Ihrer fachlichen Ansicht nach bei der unmittelbaren Anwendung der Vojta-Therapie bei Säuglingen und Kindern ein daraus folgendes Schädigungspotenzial?		
	13.1 Bei der Anwendung durch Physiotherapeutinnen und -therapeuten?	13.2 Bei der Anwendung durch Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige)?	13.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.
	Stressreaktionen auslösen, die traumatisch erlebt werden	- Störung der Bindung zum Kind: Rückzug, Widerstand oder chronische Dysregulation beim Kind möglich	
Weitere Fachgesellschaften			
DGOU	Kein Schädigungspotential bei korrekter Durchführung	Schreien und Stress-Belastung stellt nur bei Kleinkindern ein Problem dar	[21]
DGPTW	- Kein Schädigungspotential bei Berücksichtigung der Kontraindikationen, Belastungsgrenzen einhalten und Freihaltung der Atemwege bei Säuglingen - Hinweise auf Störung der Eltern-Kind-Bildung - Erhöhte Cortisol Ausschüttung		- Beeinflussung der Eltern-Kind-Beziehung [21] - Stresshormonspiegel steigt direkt nach der Therapie an [20]
DMGP	./.		
Organisation der Leistungserbringer			
IFK	Schädigungspotenzial gering - Nur unsachgemäße Anwendung, zu starke Reize können zu Unwohlsein, Schmerzen, Verletzungen führen - Insbesondere bei Säuglingen - Bedürfnisse, Grenzen des Kindes sollten stets berücksichtigt werden	- Wenn Bezugspersonen nicht ausreichend geschult sind und Techniken nicht korrekt durchführen.	./.
Physio Deutschland	- Kein Schädigungspotential bei korrekter Durchführung und entsprechender Fort- und Weiterbildung, Hospitationen und Supervisionen. - Großteil der Fachkräfte hat zusätzliche Qualifikationen z. B. in familienzentrierter Physiotherapie		./.
VPT	Kein Schädigungspotenzial		

	Frage 13: Besteht Ihrer fachlichen Ansicht nach bei der unmittelbaren Anwendung der Vojta-Therapie bei Säuglingen und Kindern ein daraus folgendes Schädigungspotenzial?		
	13.1 Bei der Anwendung durch Physiotherapeutinnen und -therapeuten?	13.2 Bei der Anwendung durch Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige)?	13.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.
	- Weiterbildung der Therapeutinnen und Therapeuten - Therapeutische Anleitung der Bezugspersonen - Auf Umsetzung der VT im häuslichen Umfeld haben Therapeuten keinen direkten Einfluss		
Fachverband			
IVG	- Kein Schädigungspotenzial bei indikationsgerechter und lege artis durchgeführter VT - Hinweis auf Weiterbildung, Schulung und Curriculum zur VT sowie Supervision der Vojta-Therapeutinnen/-therapeuten - Curriculum siehe: 16_IVG_inkl-Anhang.pdf (ab Seite 21)	Eine Schädigung durch Eltern/Bezugspersonen ist nicht bekannt.	Behandlung sei nicht schmerzhaft [4]
VIFF-BV	Kein Schädigungspotential beim achtsamen Umgang und guter Anleitung der Bezugspersonen [12]		
VIFF-Sachsen	Nein	Nein. Eltern-Kind-Bindung wird evt. gestärkt	./.
Bobath Zukunft	Traumatisierung des Kindes durch Nichteingreifen der Bezugsperson kann nicht ausgeschlossen werden	- Belastung für die Eltern-Kind-Beziehung, da das Schreien des Kindes umgedeutet wird - Mögliche Mitbelastung der Geschwister - Belastung der Eltern durch Übernahme der Verantwortung (Mitverantwortung für lebenslange Behinderung bei nicht konsequenter Therapiedurchführung)	./.
Bobath Vrg. WB	./.		

	Frage 13: Besteht Ihrer fachlichen Ansicht nach bei der unmittelbaren Anwendung der Vojta-Therapie bei Säuglingen und Kindern ein daraus folgendes Schädigungspotenzial?		
	13.1 Bei der Anwendung durch Physiotherapeutinnen und -therapeuten?	13.2 Bei der Anwendung durch Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige)?	13.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.
Bobath Vrg. Therapeutin	Frage des Einfühlungsvermögens und der Dosierung	- Beinfraktur bei häuslicher VT durch ein „Kindermädchen“ - Wechsel der Therapieform aufgrund von Eltern berichteter Traumatisierung der Kinder - schwierige Mutter-Kind-Bindung wird durch VT weiter belastet	./.

Tabelle 4: Zitierte Quellen zu Frage13

Autor (Jahr)	Evidenzstufe	Population	Zitiert von	Anmerkungen
vorab				
Saternus (2011) [28]	V	Säugling	IVG	Erratum zu: Traumatologie der A. vertebralis beim Säugling
13.1				
Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) [7]	V	Nicht anwendbar	IVG	Website: Aufgaben und Ziele der AG Vojta
13.3				
Büchner et al. (2020) [4]	V	Kind mit CP	IVG	Tragbare Drucksensorik zur Unterstützung der VT; zur Unterstützung der Eltern zu Hause: Darstellung des Druckes
Kiebzak et al. (2021) [20]	IV	Kinder bis 9 Monate mit zentralen Bewegungsstörungen	DGPTW	Fallserie mit 35 Kindern, Messung des Cortisollevels
Ludewig & Mähler (1999) [21]	IIb	Kleinkinder	DGOU DGPTW	Mutter-Kind-Belastung bei frühem Therapiebeginn; Elternbefragung: 79 Fragebögen; 50 VT und 29 Bobath
13.1 bis 13.3				
Giannantonio et al (2010) [12]	IV	Frühgeborene mit Lungenproblemen	VIFF	nicht vergleichende Studie; 34 Frühgeborene erhielten VT
Jacobi et al. (2001) [17]	V	Säugling mit funktionellem Schiefhals	DGSPJ	Einzelfallbericht zu Todesfall
Schröder (1996) [29]	V	Kinder mit Spina bifida	DGSPJ	Erfahrungsberichte

3.3 Aussagen zu möglichen Spätfolgen

Über die Frage 14 werden mögliche Spätfolgen durch Anwendung der VT erfragt:

Frage 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)?

14.1 Bei der Anwendung durch Physiotherapeutinnen und -therapeuten?

14.2 Bei der Anwendung durch Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige)?

14.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

Von insgesamt 17 Stellungnahmen haben zwei stellungnehmende Gesellschaften keine Angaben zur Frage 14 gemacht (siehe Tabelle 5). Unterfrage 14.1 wurde spezifisch in acht Fragebögen und die Unterfrage 14.2 in sieben Stellungnahmen konkret beantwortet. Bei der Unterfrage 14.3 haben vier Stellungnehmende Evidenzquellen angegeben. In drei Fragebögen wurde auf alle drei Unterfragen gleichzeitig eingegangen und die Unterfragen 14.1 und 14.2 wurden ebenfalls in drei Fällen zusammen beantwortet.

Bewertung der zitierten Literaturstellen

Von vier Stellungnehmenden, die diese Frage beantwortet haben, wurden insgesamt 13 Quellen angegeben (Tabelle 6). Die aufgeführten Quellen wurden zwischen 1982 [33] und 2025 [37] veröffentlicht.

Es wurde ein RCT (Evidenzstufe Ib) identifiziert, der die VT im Vergleich zur NDT bei Säuglingen mit infantiler Haltungsasymmetrie untersuchte [19].

Eine vergleichende Studie [22] (Evidenzstufe IIb) und zwei Studien der Evidenzstufe IV [20,27] wurden von den Stellungnehmenden zitiert.

Ein narrativer Review [31], eine Bachelorarbeit [3] und sechs Bücher [2,18,24,33,36,37] wurden der Evidenzstufe V zugeordnet.

Zudem wurde eine S2k Leitlinie der DGKJP [6] zu psychischen Störungen im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter angegeben.

Tabelle 5: Rückmeldungen zu Frage 14

	Frage 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)?		
	14.1 Bei der Anwendung durch Physiotherapeutinnen und -therapeuten?	14.2 Bei der Anwendung durch Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige)?	14.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an..
Fachgesellschaften aus dem Bereich Neurologie			
DGN	./.		
DGNR	Langfristige Traumatisierungen bei nicht mit dem Pat. abgestimmten Therapieeinsatz		
Fachgesellschaften mit Fokus auf Kinder			
DGSPJ/DGKJ	Kein erhöhtes Risiko z. B. in Hinblick auf Frakturen. Bzgl. psychosozialer Aspekte siehe Frage 13		
GNP/DGKJ	somatische Wirkungslosigkeit, psychische Traumatisierung, sozial negativer Impact	./.	
VAKJP	körperlich-affektive Regulationsstörungen, Bindungsunsicherheit oder psychosomatische Symptome	Chronisch überfordernde elterliche Beteiligung kann zu sekundären Loyalitätskonflikten, Schamgefühlen oder Abwehr gegen körperliche Nähe führen	Empirische Daten fehlen. In Hinblick auf entwicklungspsychologische Theorien kann wiederholte Beziehungserfahrungen ohne adäquate Affektspiegelung langfristige Auswirkungen auf das Selbst- und Beziehungserleben haben.
Weitere Fachgesellschaften			
DGOU	Keine wissenschaftlich begründeten Risiken auf somatische, psychische oder soziale Spätfolgen	- Stress kann über die Intensität der Reize gesteuert werden. - Langzeitfolgen sind nicht nachgewiesen	./.
DGPTW	Kein relevantes Risiko für Spätfolgen bekannt. Nachweis von Spätfolgen durch VT schwierig (kritische Lebensereignisse als Confounder)	- Laut Elternangaben keine Veränderung der Bindung zum Kind - Mögliche Störung der Eltern-Kind-Beziehung [3]	[3,19,20]

	Frage 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)?		
	14.1 Bei der Anwendung durch Physiotherapeutinnen und -therapeuten?	14.2 Bei der Anwendung durch Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige)?	14.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an..
DMGP	./.		
Organisation der Leistungserbringer			
IFK	Psychosoziale Störungen als Folge der VT werden diskutiert Störung der Mutter-Kind-Beziehung werden berichtet		./.
Physio Deutschland	Keine Berichte zu Spätfolgen aufgrund der VT		./.
VPT	Risiko möglicher Folgen und Spätfolgen werden in der Physiotherapie diskutiert. Belege und Studien liegen hierzu nicht vor.		
Fachverband			
IVG	Bei fachgerechter Durchführung der VT keine somatische, psychische und soziale Traumatisierung und folglich ist nicht mit entsprechenden Spätfolgen zu rechnen	- Keine somatischen Folgen - Keine Beeinträchtigung der Eltern-Kind-Beziehung [22,24,33] - Entwicklungsstörungen und potenzielle Spätfolgen bei Kindern mit Behinderung häufig durch multifaktorielle Einflüsse bedingt - Eltern fühlen sich in der Mehrzahl nicht überfordert [27] - Psychische Belastung durch die Therapie ist von familiären und sozialen Faktoren abhängig - Thematisierung der Interaktion im therapeutischen Prozess [18]	[6,27,37]
VIFF-BV	Unter Berücksichtigung der Kontraindikationen keine Spätfolgen	Enger Austausch zwischen Therapeuten und Eltern/Bezugspersonen, Anpassung der	./.

	Frage 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)?		
	14.1 Bei der Anwendung durch Physiotherapeutinnen und -therapeuten?	14.2 Bei der Anwendung durch Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige)?	14.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an..
		Therapie an die Möglichkeiten der Eltern/Bezugspersonen	
VIFF-Sachsen	Nein	siehe 13.2. nein bzw. kann nicht eindeutig auf Therapie zurückgeführt werden	./.
Bobath Zukunft	- reduzierte Ausbildung des Explorationsverhaltens des Kindes - reduzierte Selbstwirksamkeit - Spätfolgen durch frühkindlichen Stress [2,31]	- Punkte unter 14.1 - Eltern-Kind-Bindung kann gestört werden	./.
Bobath Vrg. WB	- Mögliche psychische Belastung durch VT		Mögliche psychische Langzeitfolgen laut [2,36]
Bobath Vrg. Therapeutin	Psychische Belastung	Belastung der familiären Struktur aufgrund täglicher Durchführung und Schuldzuschreibung bei fehlender Therapietreue	./.

Tabelle 6: Zitierte Quellen zu Frage14

Autor (Jahr)	Evidenzstufe	Population	Zitiert von	Anmerkungen
14.1				
Benz (2014) [2]	V	Kinder	Bobath Zukunft!	Vojta wird den Festhaltetherapien zugeordnet
Strüber (2014) [31]	V		Bobath Zukunft	narrativer/nicht systematischer Review
14.2				
Jansen & Streit (2015) [18]	V	Babys, Kinder, Erwachsene	IVG	Buch zu Körperkontakt und Körperkontaktstörungen
Martínez-Fuentes (2011) [22]	IIb	Frühgeborene	IVG	21 Frühgeborene: 6 VT und 15 andere Therapien, Beobachtungszeit ca. 18 Monate
Papoušek (1997) [24]	V	Säuglinge - Eltern	IVG	Buch zu frühen Störungen der frühsprachlichen Kommunikation und Eltern-Kind-Beziehung
Sarimski & Hoffmann (1992) [27]	IV	Eltern von Kindern mit CP	IVG	Nicht vergleichende Studie: Befragung von Müttern und Vätern von 49 Kindern mit CP im Alter von 6 Monaten bis 5½ Jahren.
Thiesen-Hutter (1982) [33]	V	Vorschulkinder	IVG	Dissertation: Gruppenvergleich zwischen frühbehandelten und bisher unauffälligen Vorschulkindern
Ziegler & Hommel (2025) [37]	V	Kinder	IVG	deskriptiv/narrativ; frühkindliche Regulationsstörungen
14.3				
DGKJP (2024) [6]	S2k LL	Säuglinge, Kinder	IVG	Psychische Störungen im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter
Sarimski & Hoffmann (1992) [27]	IV	Eltern von Kindern mit CP	IVG	Nicht vergleichende Studie: Befragung von Müttern und Vätern von 49 Kindren mit CP im Alter von 6 Monaten bis 5½ Jahren. (siehe oben 14.2)
Ziegler & Hommel (2025) [37]	V	Kinder	IVG	deskriptiv/narrativ; frühkindliche Regulationsstörungen (siehe oben 14.2)
14.2 und 14.3				
Blume & Thomsen (2015) [3]	V	Säuglinge	DGPTW	Bachelorarbeit: Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Beziehung

Autor (Jahr)	Evidenzstufe	Population	Zitiert von	Anmerkungen
Jung (2017) [19]	Ib	Säuglinge mit infantiler Haltungsasymmetrie	DGPTW	37 Säuglinge wurden randomisiert (Block-Randomisierung): 19 erhielten VT und 18 NDT
Kiebzak (2021) [20]	IV	Kinder bis 9 Monate mit zentralen Bewegungsstörungen	DGPTW	Fallserie mit 35 Kindern, Messung des Cortisollevels
14.1 bis 14.3				
Benz (2014) [2]	V	Kinder	Bobath Vrg. WB	VT wird den Festhaltetherapien zugeordnet
Voos (2021) [36]	V	Säuglinge, Kinder	Bobath Vrg. WB	Subjektive Darstellung

3.4 Aussagen zu psychischen Belastungen oder zu direkten Stressreaktionen

Frage 15: Welche psychischen Belastungen oder direkten Stressreaktionen können Ihrer fachlichen Ansicht nach bei der Durchführung der Vojta-Therapie entstehen?

15.1 Bei Säuglingen und Kindern?

15.2 Bei Bezugspersonen (z. B. Eltern, weiteren Angehörigen)?

15.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

Zur Frage 15 des Fragebogens haben sich 14 der insgesamt 17 Stellungnehmenden geäußert (siehe Tabelle 7).

Davon sind elf Stellungnehmende konkret auf die Unterfrage 15.1 zu psychischen Belastungen oder Stressreaktionen bei Säuglingen und Kindern eingegangen. Auf die Unterfrage 15.2 zu psychischen Belastungen oder Stressreaktionen bei Bezugspersonen antworteten 13 Stellungnehmenden. Angaben zu Evidenzquellen (Unterfrage 15.3) wurden von sechs Stellungnehmenden gemacht. In einem Fall wurden die Unterfragen 15.1 und 15.2 zusammen beantwortet.

Bewertung der zitierten Literaturstellen

Von sechs Stellungnehmenden wurden insgesamt 10 Quellen angegeben, die zwischen 1982 und 2022 veröffentlicht wurden (siehe Tabelle 8).

Drei Studien [14,21,22] waren vergleichende Kohortenstudien und wurden der Evidenzstufe IIb zugeordnet.

Bei vier Studien [15,20,27,30] handelt es sich um Fallserien (Evidenzstufe IV).

Zwei Bücher [25,33] und eine Dissertation [32] wurden der Evidenzstufe V zugeordnet.

Anmerkungen FBMed

Die beiden Veröffentlichungen von Thiessen-Hutter (1982) [32,33] wurden von der IVG angegeben. Sie stellen inhaltlich dieselbe Studie dar, die als Dissertationsschrift [32] und als Buch [33] veröffentlicht wurde.

Die vergleichende Studie von Ludewig & Mähler (1991) [21], in der die Mutter-Kind-Belastung bei frühem Therapiebeginn untersucht wurde, wurde von fünf Stellungnehmenden angegeben (IFK, Physio Deutschland, DGSPJ, VPT, IVG).

Die Fallserie von Strojek et al. (2022) [30] wurde von vier Stellungnehmenden zitiert (IFK, DGOU, VPT, IVG).

Tabelle 7: Rückmeldungen zu Frage 15

	Frage 15: Welche psychischen Belastungen oder direkten Stressreaktionen können Ihrer fachlichen Ansicht nach bei der Durchführung der Vojta-Therapie entstehen?		
	15.1 Bei Säuglingen und Kindern?	15.2 Bei Bezugspersonen (z. B. Eltern, weiteren Angehörigen)?	15.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.
Fachgesellschaften aus dem Bereich Neurologie			
DGN	./.		
DGNR	./.	Psychische Belastung durch Zwiespalt der Eltern – Notwendigkeit einer Therapie versus das Leiden der Kinder	./.
Fachgesellschaften mit Fokus auf Kinder			
DGSPJ/DGKJ	Psychosoziale Konsequenzen aufgrund der unrealistischen Erwartungshaltungen an den Therapieerfolg, mangelnde Akzeptanz der Beeinträchtigung (siehe Tabelle 3)	- Belastung durch die zeitliche Beeinträchtigung - Verschiebung der Elternrolle zu einer Therapeutenrolle - Unsicherheit und Überforderung, Stress	[21] – aufgrund methodischer Mängel wenig aussagekräftig [17,29] (siehe Tabelle 4)
GNP/DGKJ	Situative Traumatisierung (siehe Tabelle 3)	Überforderung, situative Traumatisierung, Bindungsstörung (siehe Tabelle 3)	./.
VAKJP	- Stressreaktionen (untröstliches Schreien, vegetative Dysregulation, motorischer Widerstand, Rückzug und Erstarrung) - Überforderung	- Überforderung der Eltern, wenn sie die kindliche Reaktion als Leiden wahrnehmen - Schuldgefühle, Hilflosigkeit	./.
Weitere Fachgesellschaften			
DGOU	schwer kontrollierbares Schreien bei Säuglingen – kann durch Anpassung der Therapie positiv beeinflusst werden	- psychischer Stress und schwere psychische Belastungssituationen - Angst der Bezugsperson, die positive Bindung mit dem Kind zu verlieren	[21] – die Belastung bleibt auf Dauer nicht höher als bei anderen ähnlichen Behandlungen

	Frage 15: Welche psychischen Belastungen oder direkten Stressreaktionen können Ihrer fachlichen Ansicht nach bei der Durchführung der Vojta-Therapie entstehen?		
	15.1 Bei Säuglingen und Kindern?	15.2 Bei Bezugspersonen (z. B. Eltern, weiteren Angehörigen)?	15.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.
			- Adressierung der psychischen Belastung notwendig und heutzutage vernachlässigt - [30]
DGPTW	- Anstrengung kann zu Weinen führen → mit Pausen und Zuneigung der Eltern dem Stress entgegenwirken - Weinen muss nicht mit der Therapieform zusammenhängen	- Stress bei Eltern durch Weinen der Kinder - Aufklärung der Eltern zum Umgang - Verwirrung der Kinder bzgl. Therapieende bei wiederholten Pausen „auf dem Arm“ - Stress der Angehörigen wegen der korrekten Durchführung - Stress durch forderndes Verhalten des/der Therapeuten/-in	./.
DMGP	./.		
Organisation der Leistungserbringer			
IFK	- Verschiedene psychische Belastungen oder direkte Stressreaktionen, weil sich Kinder bei der Therapie nicht bewegen können - Unwohlsein, Ängste, Überforderung - Stress führt zu Unruhe, Weinen oder Rückzugsverhalten	- Stress der Eltern während der Behandlung durch hohe Konzentration und Verantwortung - Unsicherheit, Frustration bei negativer Reaktion der Kinder	[21] - insbesondere zu Beginn der VT erhebliche Belastung für die Mütter: psychologische Aufklärung und Unterstützung sinnvoll [30] - Eltern von Kindern mit ZKS berichten vom erhöhten Stress- und Angstempfinden, Sorge um Gesundheit der Kinder und deren Zukunft und richtige Verabreichung der Therapie

	Frage 15: Welche psychischen Belastungen oder direkten Stressreaktionen können Ihrer fachlichen Ansicht nach bei der Durchführung der Vojta-Therapie entstehen?		
	15.1 Bei Säuglingen und Kindern?	15.2 Bei Bezugspersonen (z. B. Eltern, weiteren Angehörigen)?	15.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.
Physio Deutschland	keine Anhaltspunkte zu unerwünschten psychischen Belastungen und Stressreaktionen während der Therapie		[21,22]
VPT	- Weinen der Kinder kann nicht eindeutig gewertet werden - unmittelbares Abklingen der Anzeichen der Stressreaktion ist ein wichtiges Zeichen	- Stress der Bezugspersonen - Unsicherheit, Druck der Eltern	Studien zur Belastung der Beteiligten [21,30]
Fachverband			
IVG	- Schreien zählt zu physiologischen Anzeichen von Belastung - Die therapiebedingte Stressbelastung kann mit dem alltäglichen Stress verglichen werden - Cortisol Ausschüttung kann für positive Entwicklung der Organismus sorgen [15]	- Eltern generell belastet, wenn Kind eine abweichende Entwicklung durchläuft - Eltern erfahren durch die Therapie Selbstwirksamkeit, positiver Einfluss auf Familien - Emotionale Belastung und Stress durch das Schreien der Kinder	[14,15,20,21,22,25,27,30,32,33]
VIFF-BV	- Körperliche Anstrengung der Säuglinge, auf die mit Abwehr reagiert wird - Ähnliche Stresssituationen können in jeder ärztlichen/therapeutischen Situation auftreten	- Schwierige Differenzierung des alltäglichen und therapiebedingten Stresses - Eltern unter Druck → Gefahr der Weitergabe des Druckes in der Therapie	./.
VIFF-Sachsen	- Vermehrtes Schreien - händelbar durch Beobachtung, Kommunikation, Anpassung	keine bei guter Aufklärung und Begleitung	./.

	Frage 15: Welche psychischen Belastungen oder direkten Stressreaktionen können Ihrer fachlichen Ansicht nach bei der Durchführung der Vojta-Therapie entstehen?		
	15.1 Bei Säuglingen und Kindern?	15.2 Bei Bezugspersonen (z. B. Eltern, weiteren Angehörigen)?	15.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.
Bobath Zukunft	- Erfahrungsgemäß wehren sich Kinder in der VT verstärkt gegen das Hinlegen und Ausziehen und weigern sich bei der Untersuchung auf einer Behandlungsliege	- Eltern machen sich Vorwürfe, da sie die hochfrequenten Übungen zu Hause nicht umsetzen können - Schuldgefühle → Belastung der Eltern-Kind Interaktion	./.
Bobath Vrg. WB	./.		
Bobath Vrg. Therapeutin	Ängstlichkeit, Zurückhaltung, Schwierigkeit eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen, Traumata, Passivität, Inaktivität, Verhaltensauffälligkeiten	- Das Gefühl, nicht genug getan zu haben - Schuldgefühle, wenn die versprochene Besserung ausbleibt - Zerrissenheit, auf die Signale des Kindes zu hören, aber auch gewissenhaft die Therapie durchzuführen	./.

Tabelle 8: Zitierte Quellen zu Frage15

Autor (Jahr)	Evidenzstufe	PopulationS	Zitiert von	Anmerkungen
15.1				
Hoyt et al. (2016) [15]	IV	Gesunde Erwachsene	IVG	Fallserie mit 24 gesunden Erwachsenen, Cortisol-Messung
15.3				
Hötting et al. (2016) [14]	IIb	Gesunde Erwachsene	IVG	81 gesunde Erwachsene/ Studenten; Aufteilung in 3 Gruppen unterschiedlicher Intensität
Hoyt et al. (2016) [15]	IV	Gesunde Erwachsene	IVG	Fallserie mit 24 gesunden Erwachsenen, Cortisol-Messung (siehe oben 15.1)
Kiebzak et al. (2021) [20]	IV	Kinder bis 9 Monate mit zentralen Bewegungsstörungen	IVG	Fallserie mit 35 Kindern, Messung des Cortisollevels
Ludewig & Mähler (1999) [21]	IIb	Kleinkinder	IFK Physio Deutschland DGSPJ VPT IVG	Mutter-Kind-Belastung bei frühem Therapiebeginn; Elternbefragung: 79 Fragebögen; 50 VT und 29 Bobath (DGSPJ: Studie [21] wg. methodischer Mängel nur bedingt aussagekräftig)
Martínez-Fuentes et al. (2012) [22]	IIb	Frühgeborene	Physio Deutschland IVG	21 Frühgeborene: 6 VT und 15 andere Therapien, Beobachtungszeit ca. 18 Monate
Papoušek et al. (2004) [25]	V	Kinder	IVG	Buch: Regulationsstörungen der frühen Kindheit
Sarimski & Hoffmann (1992) [27]	IV	Eltern von Kindern mit CP	IVG	Nicht vergleichende Studie: Befragung von Eltern von 49 Kindern von 6 Monaten bis 5½ Jahren.
Strojek et al. (2022) [30]	IV	Eltern von Kindern mit ZKS	IFK DGOU VPT IVG	Fallserie: 68 Eltern (37 Mütter und 31 Väter) von Kindern mit zentralen Koordinationsstörungen
Thiessen-Hutter (1982) [33]	V	Vorschulkinder	IVG	Buch
Thiessen-Hutter (1982) [32]	V	Vorschulkinder	IVG	Dissertation

3.5 Aussagen zur Weiterentwicklung der VT vor dem Hintergrund der psychischen Belastbarkeit

Frage 16: Hat sich die fachliche Einschätzung hinsichtlich der psychischen Belastbarkeit von Säuglingen und Kindern sowie 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?

Diese Frage wurde von 14 der 17 Stellungnehmenden beantwortet (siehe Tabelle 9).

Bewertung der zitierten Literaturstellen

Insgesamt wurden fünf Quellen der Evidenzstufe V, die zwischen 1933 [11] und 2020 [1] veröffentlicht wurden, angegeben (siehe Tabelle 10).

Darunter befand sich ein narrativer Review [13], eine Publikation zur Entwicklungsbeurteilung mit dem Infant Motor Profile (IMP) [1] und drei Bücher [11,18,33].

Tabelle 9: Rückmeldungen zu Frage 16

	Frage 16: Hat sich die fachliche Einschätzung hinsichtlich der psychischen Belastbarkeit von Säuglingen und Kindern sowie 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?
Fachgesellschaften aus dem Bereich Neurologie	
DGN	./.
DGNR	- therapeutische Einstellung bzgl. der Behandlung von Kindern weniger mechanistisch-restriktiv paternalistisch, Berücksichtigung von Präferenzen, Keine Gefährdung der Eltern-Kind-Beziehung. - Nicht bekannt, ob eine Änderung der Art und Weise der VT erfolgte.
Fachgesellschaften mit Fokus auf Kinder	
DGSPJ/DGKJ	- Beachtung psychischer Sensibilität. - Achtsamer und empathischer Umgang mit Säuglingen, Kleinkindern und Kindern ist zum Standard geworden.
GNP/DGKJ	- Fachliche Einschätzung hat sich von früher „notwendig" zu heute „nicht indiziert" geändert. - Keine Änderung in der VT („restriktiv-schematische — Exklusivität, Spezifität und Singularität (unbelegt) behauptende — VT“)
VAKJP	- In den 1950er Jahren: Säugling galt vielfach noch als reizoffenes, aber psychisch wenig differenziertes Wesen. - Heute: sehr junge Kinder verfügen bereits über ausgeprägte Fähigkeiten zur Affektdifferenzierung, zur Beziehungsaufnahme und zur Stressverarbeitung, sind aber externe Ko-Regulation angewiesen. - **Auswirkungen auf die Praxis:** VT müsste diesen Erkenntnissen Rechnung tragen in Form von: o geringerer Dauer und Intensität der Anwendung o stärkerer Beziehungsorientierung o Einbettung in ein bindungsförderliches therapeutisches Setting o regelmäßiger psychologischer Begleitung der Bezugspersonen - **Zusammenfassende Bemerkung**: Die Vojta-Therapie ist aus physiotherapeutischer Sicht ein anerkanntes Verfahren zur Behandlung motorischer Entwicklungsstörungen. Aus psychotherapeutischer Sicht ergeben sich jedoch erhebliche Bedenken bei der Anwendung im Säuglings- und Kindesalter. Insbesondere die fehlende beziehungsorientierte Rahmung, die Möglichkeit der affektiven Überforderung und das Risiko langfristiger Regulations- und Beziehungsschäden müssen berücksichtigt werden. - Eine verantwortungsvolle Anwendung erfordert: o strenge Indikationsstellung o interdisziplinäre Begleitung o Schulung und psychodynamische Unterstützung der Bezugspersonen o achtsame Beobachtung affektiver Reaktionen des Kindes

	Frage 16: Hat sich die fachliche Einschätzung hinsichtlich der psychischen Belastbarkeit von Säuglingen und Kindern sowie 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?
	o Bereitschaft zur Adaptation und ggf. Umstellung der Therapie - Auswirkung der Behandlung auf die frühe Beziehung und Bindungsentwicklung abhängig von den Eltern (Wissen um die Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit der Therapie, evtl. psychologisch-psychotherapeutische Begleitung der Eltern um mit Affekten von Zumutung, Schmerz und Stress umzugehen)
Weitere Fachgesellschaften	
DGOU	- Das Bewusstsein für eine schwierige Interaktion zwischen Kind und Bezugsperson(en) ist durch die zunehmenden Berichte über eventuelle Spätschäden sensibilisiert worden. Bisher wurde dazu keine dringend benötigte Studie aufgesetzt. - Unter Vojta-TherapeutInnen ist erkennbar geworden, dass ein sensiblerer Umgang mit diesen Themen zu Therapiebeginn notwendig ist, um erfolgreich zu Ende therapieren zu können. - Der individualisierte Charakter der VT wird stärker herausgestellt. - „Von vielen Betroffenen mit neurologisch erkrankten Kindern wird aber ebenso der unschätzbare Wert der Vojta-Therapie herausgehoben.“
DGPTW	- Therapieform der VT hat sich in den letzten 75 Jahren nicht grundsätzlich geändert. - Abhängig vom Therapeuten, ob es eine Pause während der VT gibt und ob das Kind schreien gelassen wird.
DMGP	./.
Organisation der Leistungserbringer	
IFK	- Verändertes Verständnis von Mutter- bzw. Eltern-Kind-Bindung. - Erkenntnisse aus der Entwicklungspsychologie zeigen, dass stressreiche oder unangenehme Behandlungssituationen negative Auswirkungen auf das Kind haben können, insbesondere wenn sie mit Angst, Unwohlsein oder Stress verbunden sind. - Zunehmend prüfen Mütter Therapien kritisch und äußern auch Kritik. - **Entwicklungstheorien im Zeitverlauf**: o Bis in die 80er Jahre: biologische Reifungstheorie nach Gesell [11]: sensomotorische Entwicklung ist genetisch determiniert. Inkonsistenz und Variabilität der sensomotorischen Entwicklung wurde als von der Norm abweichend angesehen [1]. o Ersetzung durch die Erkenntnis, dass spontane intrinsische Aktivität das frühe motorische Verhalten prägt [13] o Zu Beginn der 90er Jahre: Umwelt und Erfahrung nehmen eine zentrale Rolle ein [1] - Keine Beurteilung möglich, ob eine Änderung der VT erfolgte; dazu Betrachtung der Curricula im Kontext von Entwicklungstheorien im Zeitverlauf notwendig
Physio Deutschland	- Grundlegende Wirkprinzipien der VT sind weiterhin gültig und haben sich in der Praxis bewährt.

	Frage 16: Hat sich die fachliche Einschätzung hinsichtlich der psychischen Belastbarkeit von Säuglingen und Kindern sowie 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?
	- Kontinuierliche Berücksichtigung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse und systematische Vermittlung im Rahmen der zertifizierten Weiterbildungsmaßnahmen und in den regelmäßigen Fortbildungen der regionalen Arbeitskreise. - Gesellschaftliche Veränderungen: o Wandel in Erziehungsstilen, o ein verändertes Patientenklientel (zunehmende Verhaltensauffälligkeiten, höheren Anteil schwerst-mehrfachbehinderter Kinder, beispielsweise im Zusammenhang mit Flucht- und Migrationsbewegungen) o sensibler Umgang mit soziokulturellen Aspekten (gestiegene Durchschnittsalter von Eltern, variierende Belastbarkeiten der Bezugspersonen, sprachliche und religiöse Diversität, veränderte Erwerbsbiografien, unterschiedliche familiäre Lebensformen). - Diese Aspekte fließen in die Aus- und Fortbildungsinhalte ein und haben gegenüber früheren Jahrzehnten – insbesondere im Vergleich zur Zeit der Etablierung der Methode vor rund 50 Jahren – deutlich an Bedeutung gewonnen.
VPT	- Gesellschaftliche Einstellung zur Erziehung von Kindern hat sich seit den 1950-er Jahren verändert. Bedürfnissen von Kindern wird schneller und umfassender begegnet. Weinen im Rahmen eines Therapiesettings wird heute anders bewertet wird, als in den 1950-er Jahren. - Keine Beurteilung möglich, ob eine Änderung der Art und Weise der VT erfolgte.
Fachverband	
IVG	- Das Kind mit seinem Wohlbefinden war und ist stets im zentralen Fokus der Therapie. - In den 1950er Jahren: andere gesellschaftliche Gegebenheiten: strengere Disziplin mit festem Tages-Rhythmus (Füttern, Wickeln, Schlafen, Baden und Spazieren-Gehen). - Arbeit von Dr. Václav Vojta stellte einen Fortschritt dar und stand der damaligen Lehrmeinung entgegen: Verhalten und Entwicklung von Säuglingen sind nicht nur reflexhaft, sondern erfolgt zielgerichtet im Dienst der Orientierung, Interaktion und Kommunikation. - Heute: wird mehr Wert auf Dialog gelegt: geänderte Eltern-Kind-Beziehung (u. a. Verständigung auf Augenhöhe, Verständnis für Gefühle der Kinder, Kinder bekommen Raum eigene Interessen und Bedürfnisse zu entwickeln). - Veränderungen in der Durchführung der Reflexlokomotion: Im Laufe der Jahre erfolgte zunehmend eine begleitende, fundierte, kritische Reflexion aller mit der Therapie verbundenen Belastungen der Säuglinge, Kinder sowie deren Bezugspersonen. - Die Mehrheit der mit VT behandelten Kinder und deren Bezugspersonen, betrachten im Langzeitverlauf die Behandlungsergebnisse als außerordentlich hilfreich. Die Behandlungsperiode wird als eine anstrengende Erfahrung eingeschätzt, die die Beziehung zwischen dem Kind und der Bezugsperson im Sinn eines zielorientierten Bündnisses eher gestärkt als geschwächt haben.

	Frage 16: Hat sich die fachliche Einschätzung hinsichtlich der psychischen Belastbarkeit von Säuglingen und Kindern sowie 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?
	- Die angenommene Hypothese, dass bei Kindern mit länger währenden Folgen der Belastung durch die VT gerechnet werden müsse, konnte nicht bestätigt werden. [33] - Auseinandersetzung der IVG mit verschiedensten psychologischen Konzepten, um die anfordernde Therapiesituation von Kind und Eltern optimal zu gestalten. Wissen wird in den Weiterbildungskursen, Workshops und Arbeitskreisen an PhysiotherapeutInnen und ÄrztInnen weitergegeben. - Veränderungen im Spektrum der Krankheitsbilder und damit auch die Anwendung der Reflexlokomotion - Die verständnisvollere Reflexion des kindlichen Verhaltens und der Eltern-Kind Interaktion haben zu einer Zunahme der Achtsamkeit in der therapeutischen Herangehensweise geführt. [18]
VIFF-BV	- Seit den 70er grundsätzlich geänderte Herangehensweise. Kleinkindforschung hat in der Behandlung von Säuglingen und Kleinkindern Einzug gehalten: in der VT, in der Verhaltenstherapie, in der Wahrnehmung kindlicher Signale, in der Eltern-Kind-Beziehung. - Dies wird in der VT-Ausbildung berücksichtigt und vermittelt. - Supervision als Qualitätsstandard.
VIFF-Sachsen	Ja. Es wird auf Eltern und Kinder und deren Befindlichkeiten eingegangen. Es ist ein Miteinander in der Therapie.
Bobath Zukunft	- Verstärkt Sorgen zur kindlichen Entwicklung unter VT aufgrund aktueller Erkenntnisse (Bindungsforschung, Bedeutung der Stressregulation, motorisches Lernen) - keine ausreichende Studienlage zur VT oder Bestandteilen daraus, die diese Bedenken widerlegen können.
Bobath Vrg. WB	./.
Bobath Vrg. Therapeutin	Strikte VT Umsetzung aber auch VT mit angepasster Dosierung und Einfühlungsvermögen (soweit das bei VT möglich ist).

Tabelle 10: Zitierte Quellen zu Frage16

Autor (Jahr)	Evidenzstufe	Population / Indikation	Zitiert von	Anmerkungen
Akhbari Ziegler & Hadders-Algra (2020) [1]	V	Säuglinge und Kleinkinder	IFK	Entwicklungsbeurteilung: Infant Motor Profile (IMP) anhand mehrerer Fallbeispiele
Gesell (1933) [11]	V	Kinder	IFK	Handbuch der Kinderpsychologie: Reifung und Verhaltensmuster
Hadders-Algra (2018) [13]	V	Säuglinge, Kleinkinder	IFK	Narrativer Review mit Fallbeispielen
Jansen & Streit (2015) [18]	V	Babys, Kinder und Erwachsene	IVG	Buch zu frühen Störungen der frühsprachlichen Kommunikation und Eltern-Kind-Beziehung
Thiessen-Hutter (1982) [33]	V	Vorschulkinder	IVG	Buch

4 Zusammenfassung

Mechanismen und Protokolle zur Dokumentation möglicher unerwünschter Wirkungen (Frage 10)

Anwendung durch Physiotherapeutinnen und -therapeuten (Unterfrage 10.1)

- Bei der Anwendung der VT durch Physiotherapeutinnen und -therapeuten wurde häufig eine einrichtungsspezifische Dokumentation zu Komplikationen oder unerwünschten Wirkungen angegeben (DGSPJ/DGKJ, DGPTW, DMGP, Physio Deutschland, VPT, VIFF-BV, Bobath Vrg. Therapeutin).
- Eine Entwicklung spezifischer Notfallprotokolle war nach Ansicht der DGPTW mangels fehlender Nebenwirkungen der VT nicht erforderlich.
- Bezüglich der Dokumentationspflicht wurde auf die rechtliche Verpflichtung gemäß § 630 f des BGB hingewiesen (IFK).
- Die IVG benennt von Prof. Vojta entwickelte diagnostische Instrumente, die zur Dokumentation der Therapie geeignet seien.

Anwendung durch Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige) (Unterfrage 10.2)

- Für die Anwendung der VT durch die Bezugspersonen wurden keine spezifischen Instrumente oder Protokolle benannt.
- Häufig wurde auf eine enge Abstimmung und Besprechung mit den Bezugspersonen sowie eine detaillierte Befundung vor Beginn der Therapie hingewiesen (IVG, VIFF-BV, VIFF-Sachsen).
- Laut der Therapeutin der Bobath Vereinigung dokumentieren Therapeutinnen und Therapeuten die Umsetzung der VT in der Häuslichkeit.

Relevante Unterlagen/Dokumente (Unterfrage 10.3)

Die DGN verweist für die Dokumentation unerwünschter Ereignisse auf die Good Clinical Practice Verordnung, die seit dem Jahr 2004 für die Genehmigung und Durchführung klinischer Studien am Menschen verbindlich ist. Der RCT von Epple et al. (2020) [8] wurde gemäß der GCP-Verordnung umgesetzt.

Zur Dokumentation der Lagereaktionen wird auf Fachbücher von Prof. Vojta [16,35] sowie auf eine nichtvergleichende Studie verwiesen [23].

Schädigungspotential in der unmittelbaren Anwendung der Vojta-Therapie bei Säuglingen und Kindern (Frage 13):

Anwendung durch Physiotherapeutinnen und -therapeuten (Unterfrage 13.1)

- Laut Antworten der DGNR, DGOU, DGPTW, IFK, physio Deutschland, IVG, VIFF-BV und der Bobath Vrg. Therapeutin birgt die Vojta-Therapie bei der Beachtung der Kontraindikationen und der sachgemäßen, einfühlsamen Durchführung keine Risiken.
- Die GNP/DGKJ, VAKJP und Bobath Zukunft gehen davon aus, dass bei den Kindern in der VT eine situative Traumatisierung möglich ist.
- Außerdem werden während der VT häufig Stressreaktionen ausgelöst, was zu einer erhöhten Cortisol Ausschüttung führt (VAKJP, DGPTW).
- Die IVG hat im Rahmen dieser Frage explizit auf ihr Curriculum zur Ausbildung für die VT hingewiesen.

Anwendung durch Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige) (Unterfrage 13.2)

- Bezugspersonen werden laut der DGSPJ/DGKJ psychosozialen Konsequenzen aufgrund der unrealistischen Erwartungshaltungen an den Therapieerfolg ausgesetzt.
- Für die Bezugspersonen, insbesondere Eltern der Kinder in der VT, ergibt sich aus der Behandlung in der Häuslichkeit ein Risiko für Verunsicherung, situative Überforderung sowie Traumatisierung (GNP/DGKJ, Bobath Vrg. Therapeutin, VAKJP).
- Viele Stellungnehmenden sehen ein Schädigungspotential der VT in der Störung der Eltern-Kind-Bindung (VAKJP, DGPTW, Bobath Zukunft, Bobath Vrg. Therapeutin, GNP/DGKJ). Gegensätzlich dazu kann während der VT die Eltern-Kind-Bindung laut der VIFF-Sachsen sogar gestärkt werden.
- Die DGOU sieht das Weinen und Schreien nur bei Kleinkindern und Säuglingen als problematisch an, da es mit dem Alter immer weniger wird.
- Laut IFK, VIFF-BV ergibt sich ein Schädigungspotential nur dann, wenn Bezugspersonen nicht richtig geschult werden und die notwendigen Techniken nicht beherrschen.
- Der IVG ist kein Schädigungspotential aus der VT bekannt.
- Die Bobath Zukunft benennt, dass durch die VT möglicherweise die Geschwister mitbelastet werden und dass die Eltern vor allem aufgrund der Übernahme der Verantwortung über die Behandlung belastet werden.

Evidenz bzgl. Schädigungspotential (Unterfrage 13.3)

- Die Mutter-Kind-Belastung der VT wurde in einer vergleichenden Studie untersucht [21]: Das seelische Belastungsempfinden von Müttern, deren Kinder die VT erhielten war in den ersten zehn Wochen höher als bei Müttern, deren Kinder nach Bobath behandelt wurden.

Mit zunehmender Studiendauer verringerte sich der Unterschied im Belastungsempfinden der Mütter zwischen den Therapien.

- Als Evidenz für ein fehlendes Schädigungspotential bzw. Schmerzfreiheit der VT wurde eine nicht vergleichende Studie an Frühgeborenen angegeben [12].
- Eine Fallserie wurde bezüglich Stressreaktionen zitiert [20].

Risiko möglicher somatischer, psychischer oder sozialer Spätfolgen bei der Anwendung der Vojta -Therapie (Frage 14)

<u>Anwendung durch Physiotherapeutinnen und -therapeuten (Unterfrage 14.1)</u>

- Die DGNR sieht in der VT das Potential einer langfristigen Traumatisierung der Kinder.
- Gegensätzlich dazu sahen DGSPJ/DGKJ, DGPTW und Physio Deutschland unter korrekter Durchführung und Berücksichtigung von Kontraindikationen kein erhöhtes Risiko körperlicher Spätfolgen oder Schädigungen durch die VT.
- Ein kausaler Nachweis der Spätfolgen aus der Kindheit wäre generell schwierig (DGPTW, VPT, IVG, VIFF-BV, VIFF-Sachsen).
- Die IFK führte in ihrer Antwort das Risiko psychosozialer Störungen auf. Eine reduzierte Selbstwirksamkeit wird von Bobath Zukunft als eine mögliche Spätfolge angesehen.
- Die Störung der Mutter-Kind-Beziehung könne laut der IFK auch langfristig anhalten und bei den Kindern zur Entwicklung einer Bindungsunsicherheit führen (VAKJP).
- Die VAKJP benennt konkret körperlich-affektive Regulationsstörungen und psychosomatische Symptome als mögliche Spätfolgen.
- Alle Vertreter der Bobath-Gesellschaften sahen eine generelle psychische Belastung durch Stress verbunden mit der VT als möglich.

<u>Anwendung durch Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige) (Unterfrage 14.2)</u>

- Laut der VAKJP kann chronisch überfordernde elterliche Beteiligung zu sekundären Loyalitätskonflikten, Schamgefühlen oder Abwehr gegen körperliche Nähe führen.
- Ebenso sehen Vertreterinnen und Vertreter der Bobath-Gesellschaften ein Risiko für Spätfolgen in der häuslichen Umsetzung der VT: sowohl in der Störung der Eltern-Kind-Bindung als auch in der Belastung der täglichen familiären Strukturen durch eine notwendige Therapietreue.
- Die DGPTW beantwortete die Unterfrage mit Angabe zweier widersprüchlicher Literaturstellen: [3] weist auf eine Störung der Eltern-Kind-Bindung hin und [19] stellt keine Veränderung in der Bindung zwischen Kind und Eltern fest [19]. Die zweite Einschätzung wird von der IVG geteilt.

- Darüber hinaus sieht die IVG keine Anhaltspunkte für somatischen Spätfolgen oder Überforderung der Bezugspersonen durch die VT. Die psychische Belastung sei von anderen Faktoren in der Umgebung der Familien abhängig.
- Die VIFF-BV als auch VIFF-Sachsen sehen kein Risiko für Spätfolgen der VT bei korrekter Durchführung und Anpassung an die Ausgangssituation der Familien.

Evidenz bzgl. Schädigungspotential (Unterfrage 14.3)

- Der zu dieser Frage angegebene RCT von Jung et al. (2017) [19] soll lt. DGPTW belegen, dass keine Änderung im Verhalten der Säuglinge über einen Zeitraum von acht Wochen seit Therapiebeginn nach Angabe der Eltern erkennbar gewesen sein.
- Die vergleichende Studie von Martinez-Fuentes (2011) [22] wurde als Beleg von der IVG angeführt, dass es keinen Unterscheid in der Kind-Eltern-Bindung bei Frühgeborenen, die die VT erhielten oder bei denen andere Therapietechniken angewendet wurden (Studie in Spanisch).
- Acht Quellen wurden der Evidenzstufe V zugeordnet. Darunter befanden sich zwei Quellen, die Bobath Vrg. WB explizit zu möglichen psychischen Langzeitfolgen der VT zitiert [2, 36].
- Die IVG verweist auf eine S2k Leitlinie zu psychischen Störungen im Säuglings-, Kleinkinder- und Schulkinderalter [6].

Psychische Belastungen oder direkte Stressreaktionen bei der Durchführung der Vojta-Therapie (Frage 15)

psychischen Belastungen oder Stressreaktionen bei Säuglingen und Kindern (Unterfrage 15.1)

- Als psychische Belastung der Kinder wurden in den Stellungnahmen häufig Stressreaktionen auf die VT-Behandlung benannt. Stressreaktionen können verschiedene Formen einnehmen. Laut der VIFF-Sachsen, VAKJP, DGOU äußern Kinder und Säuglinge Stress mit einem untröstlichen Schreien. Dem kann jedoch laut der DSGOU durch die Anpassung der Therapie und der Reizintensität oder durch Pausen und Zuneigung entgegengewirkt werden (DGPTW).
- Als weitere Äußerungsformen wurden vegetative Dysregulation (VAKJP), motorischer Widerstand als Reaktion auf die Anstrengung (VAKJP, VIFF-BV), Rückzug und Erstarrung (VAKJP, IFK, Bobath Vrg. Therapeutin) sowie Unwohlsein, Ängste und Überforderung (IFK, Bobath Vrg. Therapeutin) genannt.
- Situative Traumatisierung, die sich aus der VT ergeben kann (GNP/DGKJ), kann zu Schwierigkeiten führen, Beziehungen aufzubauen (Bobath Vrg. Therapeutin). Laut der Bobath Zukunft könne sich die Stressreaktion auch auf andere ähnliche Situationen wie Ausziehen oder Hinlegen auf eine Bank übertragen.
- Physio Deutschland sah keine Anhaltspunkte für eine Stressreaktionen auf die VT.

- Das Weinen könne nicht der konkreten Therapieform, eher eine generelle Reaktion auf eine ärztliche oder therapeutische Behandlung zugeschrieben werden (DGPTW, VIFF-BV). Dafür sei das Abklingen der Reaktion direkt nach Ende der Therapie ein wichtiges Zeichen (VPT). Laut der IVG sei das Weinen ein generelles Zeichen für körperliche Belastung und das ausgeschüttete Cortisol könne sogar zur positiven Entwicklung des Organismus beitragen.

<u>psychischen Belastungen oder Stressreaktionen bei Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige) (Unterfrage 15.2)</u>

- Als psychische Belastung der Bezugspersonen wurden in den Antworten mehrfach die Belastung durch den Zwiespalt zwischen der Eltern- und Behandler-Rolle genannt (DGNR, DGSPJ/DGKJ, VIFF-BV, Bobath Vrg. Therapeutin). Hinzu kommt die Belastung aufgrund der zeitlichen Beeinträchtigung durch die Umsetzung der VT in der Häuslichkeit (DGSPJ/DGKJ).
- Bezugspersonen können verunsichert oder mit der Umsetzung der VT überfordert werden (DGSPJ/DGKJ, GNP/DGKJ, VAKJP, VPT). Dies kann zur Frustration der Bezugspersonen führen (IFK). Laut der Bobath Vrg. Therapeutin kann ausbleibender Therapieerfolg zu Schuldgefühlen bei den Bezugspersonen führen.
- Als weitere psychische Belastungen wurden Traumatisierung (GNP/DGKJ), Bindungsstörung (GNP/DGKJ, DGOU), Schuldgefühle oder Hilflosigkeit (VAKJP) aufgeführt.
- Die DGOU und IVG sehen ein generelles psychisches Belastungspotential der Bezugspersonen, dem jedoch mit Aufklärung der Eltern zum Umgang entgegengewirkt werden könne. Beispielsweise sollten die Eltern laut der DGPTW dazu angeleitet werden, das Kind während der Therapie nicht zu häufig auf den Arm zu nehmen.
- Auf Bezugspersonen kann psychischer Druck aufgrund der korrekten Durchführung und der übernommenen Verantwortung sowie des fordernden Verhaltens der TherapeutInnen ausgeübt werden (DGPTW, IFK, Bobath Zukunft).
- Gegensätzlich dazu sehen die IVG, Physio Deutschland und VIFF-Sachsen die VT als nicht belastend für die Bezugspersonen an. Laut der IVG erfahren Bezugspersonen durch die VT Selbstwirksamkeit.

<u>Relevante Unterlagen/Dokumente (Unterfrage 15.3)</u>

Als Evidenzbelege zu dieser Frage wurden drei vergleichende Studien angegeben, wobei eine Studie sich auf gesunde Erwachsene [14], eine auf Frühgeborene [22] und eine auf Kleinkinder [21] bezog. Die Studie von Ludewig & Mähler (1999) [21] wurde von fünf Stellungnehmenden zitiert.

Im Weiteren wurde eine der vier angegebenen Fallserien von fünf Stellungnehmenden zitiert: Strojek et al. (2022) [30].

Drei Bücher wurden ebenfalls als Evidenz aufgeführt [22,32,33], wobei [32] und [33] die Studie darstellen.

Veränderung in der psychischen Belastbarkeit von Säuglingen und Kindern sowie Bezugspersonen seit der Entwicklung der Vojta-Therapie in den 1950er bis 1970er Jahren gegenüber heute (Frage 16)

- Die VT habe sich seit ihrer Entwicklung nicht grundsätzlich geändert (DGPTW, Physio Deutschland). Die Minimierung der Gefährdung der Eltern-Kind-Beziehung wird angestrebt, indem bei der VT die Präferenzen der Behandelten und deren Bezugspersonen berücksichtigt werden (DGNR, IFK, VIFF-Sachsen, Bobath Vrg. Therapeutin). Laut der DGOU ist Notwendigkeit eines sensiblen, empathischen und achtsamen Umgangs klar geworden und ein Dialog in der Therapieplanung wird angestrebt (IVG, GNP/DGKJ, IVG, VIFF-BV).
- Der Veränderung kann der Wandel der Erziehungsstile, verändertes Patientenklientel sowie sensiblerer Umgang mit sozio-kulturellen Aspekten beigetragen haben. Diese Aspekte, darunter auch die Orientierung an den Bedürfnissen der Kinder (VPT), seien in den Weiterbildungscurricula fest eingebunden (Physio Deutschland, IVG).
- Ebenso sei ein Wandel der psychomotorischen Entwicklungstheorien von einer genetisch-deterministischen Sicht hin zur zentralen Bedeutung von Umwelt und Erfahrung beobachtbar (IFK, IVG).
- Die VT hälfe deutlich einer Besserung der kindlichen Gesundheit und träge eher der Stärkung als Schwächung der Eltern-Kind-Bindung bei (IVG). Im Gegensatz dazu sieht die Bobath Zukunft die Anwendung der VT unter Beachtung moderner Erkenntnisse zur kindlichen Entwicklung verstärkt sorgenerregend.
- Heutzutage wird stärker die ausgeprägte Fähigkeit der Kinder zur Affektdifferenzierung und Beziehungsaufnahme beachtet (VAKJP). Modernere Erkenntnisse tragen dazu bei, dass die Therapien individueller, beziehungsorientierter und unter psychologischer Begleitung der Bezugspersonen gestaltet werden. In der VT sollte jedoch verstärkt das Risiko der langfristigen Regulations- und Beziehungsschäden berücksichtigt werden (VAKJP).
- Als Evidenzbelege wurden fünf Quellen auf Evidenzstufe V angegeben.

Referenzen

1. **Akhbari Ziegler S, Hadders-Algra M.** Das "Infant Motor Profile": eine Methode zur Entwicklungsbeurteilung, Planung der Frühintervention und Vorhersage der Entwicklung. Pädiatrische Praxis 2020;94(1):39-49.
2. **Benz U (Ed.).** Festhaltetherapien – ein Plädoyer gegen umstrittene Therapieverfahren. Gießen: Psychosozial-Verlag; 2013.
3. **Blume L, Thomsen I.** Auswirkung der physiotherapeutischen Frühbehandlung nach Vojta auf die Mutter-Kind-Beziehung [Bachelorarbeit]. Buxtehude: hochschule 21; 2015.
4. **Büchner S, Gibas C, Nemcová N, Müller W, Schürholz K, Brück R.** Wearable pressure sensing for vojta therapy guidance. Current Directions in Biomedical Engineering 2020;6(3):20203023.
5. **Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz.** Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) § 630f Dokumentation der Behandlung [online]. Berlin (GER). [Zugriff: 05.08.2025]. URL: https://www.gesetze-im-internet.de/bgb/__630f.html.
6. **Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP).** Psychische Störungen im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter; S2k-Leitlinie, Langfssung, Version 2.0/Update [online]. AWMF-Registernummer: 028-041. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2024. [Zugriff: 25.07.2025]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/028-041l_S2k_Psychische_Stoerungen_Saeugling_Kleinkind_Vorschulalter_2025-03.pdf.
7. **Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK).** Aufgaben und Ziele der AG Vojta [online]. Köln (GER): ZVK. [Zugriff: 25.07.2025]. URL: https://www.physio-deutschland.de/fachkreise/verbandsstruktur/arbeitsgemeinschaften/vojta.html.
8. **Epple C, Maurer-Burkhard B, Lichti MC, Steiner T.** Vojta therapy improves postural control in very early stroke rehabilitation: a randomised controlled pilot trial. Neurol Res Pract 2020;2:23.
9. **Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA).** Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie/HeilM-RL); zuletzt geändert am 20. Februar 2025 [online]. Berlin (GER): G-BA; 2025. [Zugriff: 24.07.2025]. URL: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3842/HeilM-RL_2025-02-20_iK-2025-07-01.pdf.
10. **Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA).** Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses, zuletzt geändert am 17. Oktober 2024 [online]. Berlin (GER): G-BA; 2025. [Zugriff: 24.07.2025]. URL: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3830/VerfO_2024-10-17_iK_2025-05-29.pdf.
11. **Gesell A.** Maturation and the patterning of behavior. In: Murchison C (Ed). A handbook of child psychology, 2. Ed. New York: Russell & Russell/Atheneum Publishers; 1933.

12. **Giannantonio C, Papacci P, Ciarniello R, Tesfagabir MG, Purcaro V, Cota F, et al.** Chest physiotherapy in preterm infants with lung diseases. Ital J Pediatr 2010;36:65.

13. **Hadders-Algra M.** Early human motor development: from variation to the ability to vary and adapt. Neurosci Biobehav Rev 2018;90:411-427.

14. **Hotting K, Schickert N, Kaiser J, Roder B, Schmidt-Kassow M.** The effects of acute physical exercise on memory, peripheral BDNF, and cortisol in young adults. Neural Plast 2016;2016:6860573.

15. **Hoyt LT, Zeiders KH, Ehrlich KB, Adam EK.** Positive upshots of cortisol in everyday life. Emotion 2016;16(4):431-435.

16. **Internationale Vojta Gesellschaft.** Vojta-Therapie: Vojta-Diagnostik; Aspekte [online]. Siegen (GER): Internationale Vojta Gesellschaft. [Zugriff: 25.07.2025]. URL: https://www.vojta.com/de/vojta-prinzip/vojta-diagnostik/aspekte.

17. **Jacobi G, Riepert T, Kieslich M, Bohl J.** Über einen Todesfall während der Physiotherapie nach Vojta bei einem 3 Monate alten Saugling: Fallbeschreibung und Bemerkungen zur Manualtherapie bei Kindern. Klin Padiatr 2001;213(2):76-85.

18. **Jansen F, Streit U (Eds.)** Fähig zum Körperkontakt: Körperkontakt und Körperkontaktstörungen - Grundlagen und Therapie - Babys, Kinder & Erwachsene - IntraActPlus-Konzept. Berlin: Springer; 2015.

19. **Jung MW, Landenberger M, Jung T, Lindenthal T, Philippi H.** Vojta therapy and neurodevelopmental treatment in children with infantile postural asymmetry: a randomised controlled trial. J Phys Ther Sci 2017;29(2):301-306.

20. **Kiebzak W, Zurawski A, Gluszek S, Kosztolowicz M, Bialek WA.** Cortisol levels in infants with central coordination disorders during Vojta therapy. Children (Basel) 2021;8(12):1113.

21. **Ludewig A, Mähler C.** Krankengymnastische Frühbehandlung nach Vojta oder nach Bobath: wie wird die Mutter-Kind-Beziehung beeinflußt? Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 1999;48(5):326-339.

22. **Martínez-Fuentes MT, Pérez-López J, Brito de la Nuez A, Díaz-Herrero Á.** [Vojta Therapy, mental and motor development, and infant attachment in biological risk population]. Acción Psicológica 2011;8(2):87-97.

23. **Maurer-Burkhard B, Smoor I, von Reumont A, Deckstein G, Stierle I, Rupp R, et al.** Validity and reliability of a locomotor stage-based functional rating scale in spinal cord injury. Spinal Cord 2016;54(8):619-25.

24. **Papoušek M.** Frühe Störungen der frühsprachlichen Kommunikation und Eltern-Kind-Beziehung: ein Indikationsfeld für Prävention und interaktionzentrierte Eltern-Säuglingspsychotherapie. Hamm: Auditorium; 1997.

25. **Papoušek M, Schieche M, Wurmser H (Eds.)** Regulationsstörungen der frühen Kindheit: Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen. Bern: Huber; 2004.

26. **Sanchez-Gonzalez JL, Sanz-Esteban I, Menendez-Pardinas M, Navarro-Lopez V, Sanz-Mengibar JM.** Critical review of the evidence for Vojta therapy: a systematic review and meta-analysis. Front Neurol 2024;15:1391448.

27. **Sarimski K, Hoffmann I.** Belastungsverarbeitung bei der Durchführung von Krankengymnastik durch die Eltern cerebralparetischer Kinder. Kindheit und Entwicklung 1992;1(2):107–115.

28. **Saternus KS.** Erratum zu: Traumatologie der A. vertebralis beim Säugling. Rechtsmedizin 2011;21(6):526.

29. **Schröder F.** Zu Risiken und Nebenwirkungen fragen Sie ... wen denn? Behindertenpädagogik 1996;35(3):327–342.

30. **Strojek K, Wojtowicz D, Kowalska J.** Assessment of the emotional state of parents of children starting the Vojta therapy in the context of the physical activity-a pilot study. Int J Environ Res Public Health 2022;19(17):10691.

31. **Strüber N, Strüber D, Roth G.** Impact of early adversity on glucocorticoid regulation and later mental disorders. Neurosci Biobehav Rev 2014;38:17-37.

32. **Thiesen-Hutter M.** Auswirkungen der Neurophysiotherapie Vojtas auf geistige Entwicklung und Verhalten: ein Gruppenvergleich zwischen frühbehandelten und bisher unauffälligen Vorschulkindern [Dissertation]. Köln: Universität Köln; 1982.

33. **Thiesen-Hutter M.** Psychologie und Neurophysiotherapie Vojtas: ein Gruppenvergleich zwischen frühbehandelten und bisher unauffälligen Vorschulkindern. Stuttgart: Enke; 1982.

34. **Vojta V.** Das 1. Lebensjahr des Kindes [Poster]. Lübeck: Hansisches Verlagskontor; 2010. URL: https://mediamagnetenverlage-onlineshop.de/p/das-1-lebensjahr-des-kindes-poster.

35. **Vojta V.** Zur Prognose der spät behandelten cerebralparetischen Kinder für die freie Fortbewegung bei Behandlungen mit Mustern der Reflexfortbewegung. Der Kinderarzt 1987;18(9):1161-1172.

36. **Voos D.** Vojta-Therapie bei Babys: ein Aufschrei; Hilfe bei einem speziellen Trauma. Selbstveröffentlichung; 2021.

37. **Ziegler M, Hommel S.** Frühkindliche Regulationsstörungen: Klassifikation und Diagnostik. Kinderärztliche Praxis 2025;96(3):162-167.

Anhang: Originalantworten auf Frage 10

Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)

Zu 10.1 und 10.2)
Ob Protokolle oder Mechanismen existieren, um mögliche unerwünschte Wirkungen frühzeitig oder im Langzeitverlauf zu erkennen oder zu dokumentieren ist uns nicht bekannt.
10.3
Die einzige uns bekannte randomisierte und kontrollierte Studie zur Vojta-Therapie bei akutem Schlaganfall untersuchte unerwünschte Ereignisse innerhalb der Akutphase und im Langzeitverlauf an Tag 90 nach Schlaganfall, wie in Frage 5.2. ausgeführt (Epple C et al, 2020). Es wurden alle unerwünschten Ereignisse (UE) und schwerwiegenden unerwünschten Ereignisse (SUE) während des stationären Aufenthaltes nach den Standarddefinitionen der Good-Clinical Practice (GCP) Verordnung von 2004 durch die Prüfärzte dokumentiert und statistisch ausgewertet. Nach Entlassung der Patienten wurden SUE soweit bekannt erfasst. Alle SUE wurden hinsichtlich eines möglichen Bezugs zur jeweiligen Intervention geprüft und bewertet. Die Gesamtzahl der UE während des Aufenthaltes in der Akutklinik lag bei 25 (bei 40 Studienteilnehmern). Die Anzahl der betroffenen Patienten war in beiden Gruppen gleich (12 Vojta vs. 13 Kontrolle). UE waren: Pneumonien (durch Aspiration oder kardiale Stauung bei Herzinsuffizienz), Harnwegsinfekte, Endokarditis, Myokardinfarkt, Delir, Hirnödem mit Koma, Hypokaliämie, Post-Stroke-Depression, Pharyngitis, Hyperbilirubinämie und Tod (einer in der Kontrollgruppe). Bei keinem UE wurde ein Zusammenhang mit der erfolgten physiotherapeutischen Behandlung gesehen. In dieser prospektiven Pilot-Studie mit relativ kleiner Fallzahl fand sich somit kein Hinweis auf ein Schädigungspotential durch die Vojta-Therapie bei Patienten mit akutem Schlaganfall. Die Vojta-Therapie erfolgte in der Studie ausschliesslich durch zertifizierte Therapeuten.
Literatur:

Epple, C, Maurer-Burkhard, B, Lichti, M-C, and Steiner, T. Vojta therapy improves postural control in very early stroke rehabilitation: a randomised controlled pilot trial. Neurol Res Pract. 2020 2:23. [8]

Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten – IFK e.V.

Derjenige, der Patienten behandelt, muss die Behandlung kurz in ihrem Verlauf dokumentieren. Durch das Patientenrechtegesetz vom 26.2.2013 wurde diese Dokumentationspflicht mittlerweile auch im § 630 f des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB) verankert.
Auszug Rahmenvertrag gem. § 125 Abs. 1 SGB V:
§ 3 Abs. 13
Der zugelassene Leistungserbringer hat für jede behandelte Versicherte und jeden behandelten Versicherten eine Verlaufsdokumentation gemäß der Leistungsbeschreibung (Anlage 1 Ziffer 8) zu führen und kontinuierlich je Behandlungseinheit fortzuschreiben.
Auszug Leistungsbeschreibung Physiotherapie:
Ziffer 8 „Verlaufsdokumentation/Mitteilung an den verordnenden Arzt"
Entsprechend § 14 Abs. 4 dieser Rahmenempfehlungen wird im Interesse einer effektiven und effizienten physiotherapeutischen Behandlung eine Verlaufsdokumentation geführt. Sie erfolgt je Behandlungseinheit und umfasst die im Einzelnen erbrachte Leistung, die Reaktion des Patienten und ggf. Besonderheiten bei der Durchführung. Sofern der behandelnde Vertragsarzt dies auf der Verordnung kenntlich gemacht hat, unterrichtet der Therapeut diesen gemäß § 17 Abs. 6 der Empfehlungen gegen Ende der Behandlungsserie über den Stand der Therapie.
Neben der Verpflichtung einer Verlaufsdokumentation in der Leistungsbeschreibung (Ziffer 8) dient die Dokumentation der Kommunikation innerhalb der eigenen Institution, z. B. bei der krankheitsbedingten

Übergabe von Patienten. Sie dient zur Information über Vorsichtsmaßnahmen, gibt Hinweise auf schon durchgeführte Maßnahmen und deren Ergebnis sowie als Erinnerung für noch ausstehende Aktivitäten.

Heilmittelrichtlinie

B. Grundsätze der Heilmittelverordnung:

§ 6a Diagnostik durch die Verordnerin oder den Verordner

(1) Vor der erstmaligen Verordnung von Heilmitteln ist eine Eingangsdiagnostik notwendig. Bei der Eingangsdiagnostik sind diagnostische Maßnahmen durchzuführen, zu veranlassen oder zeitnah erhobene Fremdbefunde heranzuziehen, um einen exakten Befund zu funktionellen oder strukturellen Schädigungen zu erhalten.

(2) Vor weiteren Verordnungen ist zu prüfen, ob eine erneute schädigungsabhängige Erhebung des aktuellen Befundes erforderlich ist. Dabei können auch Fremdbefunde berücksichtigt werden. Weitere Befundergebnisse sollen auf dem Verordnungsvordruck angegeben werden, sofern sie für die Heilmitteltherapie relevant sind.

(3) Bei Nichterreichen des angestrebten individuellen Therapiezieles sollte das weitere therapeutische Vorgehen überprüft werden. Erforderlichenfalls sind andere ärztliche, psychotherapeutische oder rehabilitative Maßnahmen durch die Verordnerin oder den Verordner einzuleiten oder die Beendigung oder Fortsetzung der Heilmitteltherapie in Betracht zu ziehen.

C. Zusammenarbeit zwischen Verordnerinnen und Verordnern sowie Heilmittelerbringerinnen und Heilmittelerbringern

§ 7 Durchführung und Beendigung der Behandlung

(1) Lässt sich bei der Durchführung der Behandlung erkennen, dass das Therapieziel voraussichtlich nicht erreicht werden kann oder dass die oder der Versicherte in vorab nicht einschätzbarer Weise auf die Therapie reagiert, hat der zugelassene Leistungserbringer darüber unverzüglich die oder den für die Behandlung verantwortliche Ärztin oder verantwortlichen Arzt zu informieren und die Therapie zu unterbrechen. Ergibt sich aus der Befunderhebung durch den Leistungserbringer, dass die Erreichung des von der verordnenden Ärztin oder vom verordnenden Arzt benannten Therapieziels durch ein anderes Heilmittel besser erreicht werden kann, hat der Leistungserbringer darüber unverzüglich die Ärztin oder den Arzt, die oder der die Verordnung ausgestellt hat, zu informieren, um eine Änderung oder Ergänzung des Therapieplans abzustimmen und ggf. eine neue Verordnung zu erhalten.

§ 16 Durchführung der Heilmittelbehandlung:

(5) Ergibt sich bei der Durchführung der Behandlung, dass mit dem verordneten Heilmittel oder den verordneten Heilmitteln voraussichtlich das Therapieziel nicht erreicht werden kann oder dass die Patientin oder der Patient in vorab nicht einschätzbarer Weise auf die Behandlung reagiert, hat die Therapeutin oder der Therapeut darüber unverzüglich die Verordnerin oder den Verordner zu informieren und die Behandlung zu unterbrechen. Die Verordnerin oder der Verordner entscheidet über eine Änderung oder Ergänzung des Therapieplans, eine neue Verordnung oder die Beendigung der Behandlung.

(7) Sofern die Verordnerin oder der Verordner für die Entscheidung über die Fortführung der Therapie einen schriftlichen Bericht über den Therapieverlauf nach Ende der Behandlungs-serie für notwendig hält, kann sie oder er diesen auf dem Verordnungsvordruck bei der Therapeutin oder dem Therapeuten anfordern.

Ausführliche Berichtsposition:

Die ausführliche Berichtsposition soll im Gegensatz zur Kurzmitteilung auch den längerfristigen Behandlungsverlauf, ggf. über mehrere Behandlungsserien, beschreiben. Hier dokumentiert der Therapeut die Entwicklung ab der Aufnahme des Patienten in den ambulanten Behandlungsverlauf bis zu dem vom Arzt (oder der Krankenkasse) angeforderten Stichtag. In der Regel wird das insbesondere bei Krankheitsbildern mit einem langfristig zu erwartenden Ergebnis sein, z. B. bei neurologischen Erkrankungen

Zu Form und Inhalt gibt es aber keine Vorgaben an diesen ausführlichen Bericht. Er kann praxis- und patientenindividuell gestaltet werden. Je nach Krankheitsverlauf des Patienten oder Gegebenheiten in der Praxis fällt dies ggf. unterschiedlich aus.

Auszug Vergütungsvereinbarung:

X1906 Physiotherapeutischer Bericht auf schriftliche Anforderung der zuständigen gesetzlichen Krankenkasse oder der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes sowie des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen Ein Kreuz auf der Verordnung ist hier nicht ausreichend. Die schriftliche Anforderung ist der Abrechnung beizufügen.

DMGP

10.1

Lediglich die Verlaufsdokumentation in der analogen oder digitalen Patientenakte

10.2

Keine

10.3

Keine bekannt.

Bobath Zukunft! e. V.

Es entzieht sich unserer Kenntnis, inwieweit konkrete Therapieziele mit den Eltern gemeinsam festgelegt und in einem Clinical Reasoning Prozess das Vorgehen kurz- oder langfristig überprüft wird.

VIFF-BV

10.1

Befunderhebung mit Assesments, Verlaufsdokumentation, Evaluierung (allgemeine Vorgehensweise in der Physiotherapie)

10.2

Enge Abstimmung und regelmäßige Besprechungen mit den Eltern, bzw. Bezugspersonen

10.3

Allgemeine Vorgehensweise in der Physiotherapie

VIFF-Sachsen Lebenshilfe Dresden

10.1 und **10.2**

Ausweichbewegunen beobachten und korrigieren,Austausch mit Bezugspersonen zu Reaktionen nach Therapie, um Rückschlüsse auf Dosierung zu ziehen

10.3

Dokumentation

DGOU

10.1 und **10.2**

Über die persönlichen Kontrollmechanismen seitens des Vojta-Therapeuten und der Bezugsperson gibt es keine institutionalisierten Protokolle zur Erfassung unerwünschter Wirkungen. Auch werden vereinzelt Verhaltensauffälligkeiten bei den Kindern (insbesondere auffälliges Schreien) von behandelnden Ärzten berichtet. Diskutiert werden vor allem psychische Langzeitfolgen der Vojta-Therapie im Säuglingsalter, die vor

allem von Betroffenen geäußert werden. Aus den Berichten wird deutlich, dass dies vorwiegend von heute neurologisch gesunden Menschen vorgetragen wird.

10.3

Es gibt einige Fallberichte und Dokumente zu psychischen Langzeitfolgen von pädiatrischen Vojta-Patienten. Es gibt aber keine evidenz-basierten Studien zu diesen Langzeitfolgen, die in der wissenschaftlichen Fachliteratur abrufbar wären.

Quelle (exemplarisch) Voos, D: Vojta-Therapie bei Babys – ein Aufschrei. Selbstveröffentlichung 2021 [36]

Physio-Deutschland

10.1 und 10.2

Siehe Punkt 9
Unerwünschte Wirkungen unter der Therapie werden besprochen und dokumentiert.
Sollten sie nicht behoben werden können, werden nach Rücksprache mit dem Arzt und im Einvernehmen mit den Eltern andere Therapieoptionen angeboten.
Hinweise auf unerwünschte Wirkungen im Langzeitverlauf sind nicht bekannt.
In Fortbildungen der Arbeitskreise, den Mitgliederversammlungen sowie den Symposien der AG Vojta und zuletzt in der Fachkommission Physiotherapie in der Pädiatrie wurden Probleme im Langzeitverlauf nicht thematisiert.

10.3

Ein erheblicher Teil der Patientinnen und Patienten befindet sich über einen langen Zeitraum in Behandlung – häufig beginnend im Säuglingsalter und fortgeführt bis ins Erwachsenenalter. Aufgrund dieser langjährigen Therapieverläufe ist die betroffene Patientengruppe in besonderer Weise geeignet, belastbare Aussagen zur Wirksamkeit und Verträglichkeit der Therapie zu treffen.

Nach derzeitigem Kenntnisstand liegen keine Hinweise auf unerwünschte Wirkungen im Rahmen der Langzeitanwendung vor. Zwar existiert zu dieser Fragestellung keine valide externe Evidenz im Sinne randomisierter kontrollierter Studien, jedoch steht eine umfangreiche interne Evidenz zur Verfügung. Physio Deutschland vertritt etwa 1.000 Vojta-Therapeutinnen und -Therapeuten, viele davon mit jahrzehntelanger praktischer Erfahrung. Diese sind in der Arbeitsgemeinschaft Vojta organisiert, die seit ihrer Gründung im Jahr 1985 besteht. Auf Grundlage der dort dokumentierten Behandlungsverläufe ist davon auszugehen, dass im Laufe der Jahre mehrere zehntausend Patientinnen und Patienten mit der VojtaMethode behandelt wurden.
Es liegen keinerlei Hinweise auf unerwünschte Wirkungen vor, die im Therapieverlauf übersehen wurden und zu langfristigen gesundheitlichen Beeinträchtigungen geführt hätten.

Juan Luis Sánchez-González, Sanz-Esteban, I., Mónica Menéndez-Pardiñas, Víctor Navarro-López, & José Manuel Sanz-Mengíbar. (2024). Critical review of the evidence for Vojta Therapy: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Neurology*, *15*. https://doi.org/10.3389/fneur.2024.1391448 [26]

DGPTW

Unerwünschte Wirkungen werden i.d.R. in der therapeutischen Verlaufsdokumentation notiert. Da erfahrungsgemäß keine kurz- und längerfristig wahrnehmbaren Nebenwirkungen auftraten, hat sich in der Praxis nie der Bedarf an Notfallprotokollen ergeben. Teilweise sine Kinder über 6 bis 10 Jahre in Behandlung gewesen.

10.1

Keine bekannt.

10.2
Keine bekannt.

10.3
Keine bekannt.

Bobath-Vereinigung_Wissenschaftsbeirat

Diese Fragen wurden nicht beantwortet.

Bobath-Vereinigung_Therapeut

10.1
Therapeut*innen dokumentieren in ihren Akten.

10.2
Die Therapeut*innen dokumentieren auch, wie/ob die Therapie im häuslichen Umfeld gelingt.

10.3
Mir sind keine Unterlagen oder Dokumente bekannt.

VAKJP

Diese Fragen wurden nicht beantwortet.

DGNR

Die Therapie sollte letzlich unter ärztlicher Kontrolle stattfinden. Spezielle Dokumente, um unerwünschte Nebenwirkungen zu dokumentieren sind uns nicht bekannt.

GNP

10.1
nicht bekannt
10.2
nicht bekannt
10.3
Diese Frage wurde nicht beantwortet.

DGSPJ

Es sind uns keine standardmäßig eingesetzte Verfahren bekannt, die flächendeckend eingesetzt werden oder breite Anwendung erfahren. In einzelnen Einrichtungen wird die Befindlichkeit von Kindern und deren Unwohlsein während Therapien anhand von Fragebögen standardmäßig erfasst.

VPT

Ob es spezifische für die Vojta- Therapie existierende Mechanismen und Protokolle gibt, um unerwünschte Wirkungen zu erkennen, können wir nicht beurteilen. Grundsätzlich ist Teil der physiotherapeutischen Leistung immer die Dokumentation sowie ggf. eine Mitteilung des Arztes lt. Anlage 1 Leistungsbeschreibung des Rahmenvertrags nach §125 Abs. 1 SGB V.

IVG

Da sich die Vojta-Therapie auf klar definierte Abläufe in Haltung und Bewegung sowie auf das bei dem behandelten Patienten erreichten Aufrichtungsniveau bezieht, können die erzielten unmittelbaren therapeutischen Effekte sehr genau beschrieben werden. Kriterien hierfür sind detailliert beschriebene Spontanmotorik, die „Teilmuster" des „globalen Musters", das Konzept der Zentralen Koordinationsstörung (ZKS) und die Einordnung in die Aufrichtungs- bzw. Lokomotionsstadien nach Vojta.

10.1

In jeder stationären, akuten, ambulanten oder rehabilitativen Einrichtung müssen die motorischen, sensorischen und vegetativen Verläufe aller Patient:innen standardisiert im interdisziplinären Team besprochen, dokumentiert und in Protokollen festgehalten werden. Diese variieren naturgemäß in den einzelnen Einrichtungen, auch in der ambulanten Behandlung hat jede Praxis ihre eigenen Dokumentationsmöglichkeiten. Der Behandlungsverlauf kann zudem anhand des von Prof. Dr. Vojta beschriebene diagnostische Instrumentarium durch die Therapeuten: innen fortlaufend dokumentiert und mit der Bezugsperson erörtert werden. Über die angeforderten Therapieberichte werden die zuweisenden Haus- oder Fachärzt:innen regelmäßig über den Therapieverlauf/ Langzeitverlauf und ggf. auch über unerwünschte Ereignisse informiert. Je nach Alter und Grunderkrankung der Patient:innen können zur Verlaufsdokumentation weitere standardisierte Assessments und Tests hinzugezogen werden (V.Vojta, (1987) [35], B.Maurer-Burkhard et al (2016) [23], Assessments in der Physiotherapie, Bd.1-3, Hogrefe Verlag).

10.2

Die Vojta-Therapeut:innen überprüfen bei jedem Termin vor- und nach der Behandlung die Spontanmotorik des Kindes und besprechen relevante Teilmuster und Funktionen mit den Eltern/Bezugspersonen. Die Veränderungen und Fortschritte sowie Informationen der Eltern/Bezugspersonen, z.B. zum Schlaf-Wach-Rhythmus und Trinkverhalten sowie der allgemeinen Regulationsfähigkeit und Stimmungslage der Kinder werden von den Vojta-Therapeut:innen dokumentiert. Die Entwicklungstabelle „Das 1. Lebensjahr des Kindes" (Hansisches Verlagskontor), die die differenzierte Entwicklung des Säuglings im ersten Lebensjahr aufzeigt kann ein unterstützendes Mittel sein, um den Eltern den jeweiligen Fortschritt in Quantität und Qualität in der Entwicklung ihrer Kinder zu zeigen. Auch die Lokomotionsstadien nach Vojta werden zur Quantifizierung mit einbezogen.

Zudem überprüfen die Kinderärzt:innen und/oder die Ärzt:innen der sozialpädiatrischen Zentren die Entwicklung der Säuglinge über die Durchführung der standardisierten Lagereaktionen, der Dynamik der neonatalen Reflexe und der Beurteilung der Spontanmotorik und begleiten somit auch die Eltern in der Anwendung der Vojta Therapie. https://www.vojta.com/de/vojtaprinzip/vojta-diagnostik/aspekte [16]

10.3

Lagereaktionen

www.vojta.com/de/vojta-prinzip/vojta-diagnostik/lagereaktionen [16]

Die bei der neurologischen Untersuchung von Säuglingen altbekannten Lagereaktionen sind provozierte Reflexhaltungen und bewegungen auf eine bestimmte Änderung der Körperlage. Sie modifizieren sich je nacherreichter Entwicklungsstufe, d. h., sie verlaufen in verschiedenen Phasen. Diese Phasen sind objektive Meilensteine der Entwicklung. Da es sich um komplizierte Reaktionen handelt, ist es terminologisch besser, nicht von Lagereflexen, sondern von Lagereaktionen zu sprechen.

In der normalen Entwicklung korrespondieren die Phasen der Lagereaktionen mit der erreichten Entwicklungsstufe der phasischen Motorik und der lokomotorischen Ontogenese.

Entwicklungstabelle im ersten Lebensjahr

„Das 1. Lebensjahr des Kindes“ Hansisches Verlagskontor GmbH, Max Schmidt-Römhild GmbH & Co. KG, Konrad-Adenauer-Str. 4, 23558 Lübeck [34]

V. Vojta Lokomotionsstadien nach Vojta, veröffentlicht in dem Beitrag „Zur Prognose der spätbehandelten Cerebralparetischen Kindern (1987), Sozialpädiatrie [35]

Maurer-Burkhard B.; Smoor I.; von Reumont A.; Deckstein G.; Stierle I.; Rupp R.; Schuld C. (2016) Validity and reliability of a locomotor stage-based functional rating scale in spinal cord injury. Spinal Cord 2016 Aug;54(8):619-25. doi: 10.1038/sc.2015.223. Epub 2016 Jan 12. [23]

Anhang: Originalantworten auf Frage 13

Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)

Hierzu können wir mangels Expertise in der Behandlung von Säuglingen und Kindern keine Stellungnahme abgeben.

Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten – IFK e.V.

Das Schädigungspotenzial bei der unmittelbaren Anwendung ist aus unserer Sicht in der Regel sehr gering, weil die geschulten Therapeuten die korrekten Techniken und auch die Grenzen der Behandlung kennen. Ein Wirkmechanismus beim Einsatz von Heilmitteln generell, basiert auf dem gezielten Setzen von Reizen. Nur eine unsachgemäße Anwendung, zu starke Reize oder unpassende Positionierungen können zu Unwohlsein, Schmerzen oder sogar Verletzungen führen. Besonders bei Säuglingen, deren Gewebe und Knochen noch empfindlich sind, ist daher eine vorsichtige und fachgerechte Durchführung essenziell.

13.1

Physiotherapeuten, die speziell in der Vojta-Therapie geschult sind, verfügen über das nötige Wissen und die Erfahrung, um die Behandlung sicher durchzuführen. Sie kennen die anatomischen und physiologischen Besonderheiten von Säuglingen und Kindern und können die Reize entsprechend dosieren. Das Risiko einer Schädigung ist nach unserer Einschätzung gering, solange die Behandlung nach anerkannten Vorgaben erfolgt.
Dennoch ist es wichtig, dass die Therapeuten die individuellen Bedürfnisse und Grenzen des Kindes stets berücksichtigen. Eine sorgfältige Anamnese, Beobachtung während der Behandlung und eine enge Zusammenarbeit mit Eltern/ Bezugspersonen und Ärzten sind unerlässlich, um mögliche Risiken zu minimieren

13.2

Das Schädigungspotenzial bei der Anwendung durch Bezugspersonen ist aus unserer Sicht nur gegeben, wenn diese nicht ausreichend geschult sind oder die Techniken nicht korrekt ausführen. Bezugspersonen sollten physisch und psychisch in der Lage sein, die Anleitung zu verstehen und umzusetzen. Daher ist eine intensive Schulung, Begleitung und Kontrolle durch Fachkräfte unerlässlich, um Risiken zu minimieren.

13.3

Hierzu liegt uns keine Evidenz vor.

DMGP

Keine relevante Patientengruppe in der umfassenden Behandlung Querschnittgelähmter an Querschnitt-gelähmtenzentren, deshalb kann diesbezüglich keine Aussage getroffen werden.

Bobath Zukunft! e. V.

13.1

Eine Traumatisierung der jungen Kinder kann nicht ausgeschlossen werden, insbesondere, wenn die Bezugsperson das Kind nicht aus der Situation herausnimmt, in der Situation (nicht danach) tröstet bzw. die Wiederholung verhindert. Dies sollte nur bei unbedingt erforderlichen medizinischen Maßnahmen praktiziert werden

13.2

Von einer Belastung für die Eltern-Kind-Beziehung kann ausgegangen werden. Eltern müssen die Bedeutung des Schreiens ihres Kindes umdeuten, damit ihnen die Durchführung der Therapie gelingt. Es kann eine erschwerte Bindungsentwicklung bis hin zu einem Vertrauensverlust entstehen. Vermutet werden können auch Probleme für die Geschwister, die das ausdauernde Arbeiten der Eltern mit dem schreienden Geschwisterkind hören oder

miterleben. Den Eltern wurde immer wieder das Gefühl vermittelt, mitverantwortlich zu sein für die lebenslange Behinderung ihres Kindes, wenn sie nicht konsequent genug die empfohlenen Maßnahmen umsetzen.

13.3
Diese Frage wurde nicht beantwortet.

VIFF-BV

Bei achtsamem Umgang mit dem Patienten und einer guten Anleitung der Eltern/Bezugspersonen mit Berücksichtigung der Kontraindikationen (siehe Antworten 5.) gibt es kein Schädigungspotential.
https://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwi9p8PBwdqNAxWL7rsIHVlQB2IQFnoECBsQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.researchgate.net%2Fpublication%2F47673248_Chest_physiotherapy_in_preterm_infants_with_lung_diseases&usg=AOvVaw0gtPwV_Up8YzyCSKGLTvB&cshid=1749134574837257&opi=89978449 [12]

VIFF-Sachsen Lebenshilfe Dresden

13.1
nein
13.2
nein-Eltern-Kind-Bindung vorhanden, wird dabei evtl.auch gestärkt,wenn Therapie positiv begelitet wird

13.3
Diese Frage wurde nicht beantwortet.

DGOU

13.1
Bei korrekter und verantwortungsbewusster Anwendung der Vojta-Therapie besteht kein nachgewiesenes Schädigungsptenzial.
13.2
Vielfach wird auf den großen Stress, dem sich Patient und Bezugsperson unterwerfen, hingewiesen. Händelbar wird dies im allgemeinen dadurch, dass die therapeutische Intervention und Intensität an die individuelle Situation angepasst wird. Langzeitfolgen sind in der Literatur nicht nachgewiesen. Vergleicht man die Vojta-Therapie mit der Bobath-Therapie wird dieses erhöhte Stress-Niveau zu Beginn der Therapie messbar, das sich aber im weiteren Verlauf nivelliert. Dazu passen auch die Hinweise, dass das Schreien nur bei Säuglingen und jungen Kleinkindern problematisch sein kann und mit zunehmendem Alter kein Problem mehr darstellt.
13.3
Quelle (allerdings > 20 Jahre alt):
Ludewig, A, Mähler C: Early Vojta- or Bobath-physiotherapy: what is the effect on mother-child relationship? Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr 1999; 48: 326-339 [21]

Physio-Deutschland

13.1 und 13.2
Bei fach- und sachgerechter Anwendung der Vojta-Therapie durch qualifizierte Therapeutinnen und Therapeuten sowie unter Anleitung der Eltern ist nach aktueller Einschätzung kein Schädigungspotenzial erkennbar.

Die im Bereich der pädiatrischen Physiotherapie tätigen Fachkräfte sind sich ihrer besonderen Verantwortung gegenüber den behandelten Kindern und deren Familien in hohem Maße bewusst. Sie sind mit den besonderen Anforderungen vertraut, die die Umsetzung der Vojta-Therapie für Kinder und Eltern mit sich bringt.
Um den hohen qualitativen Anforderungen gerecht zu werden, nehmen die Therapeutinnen und Therapeuten regelmäßig an Fort- und Weiterbildungen teil, führen Hospitationen durch und nutzen Supervisionen im Rahmen der Arbeitskreise. Darüber hinaus verfügt ein Großteil der Fachkräfte über zusätzliche Qualifikationen, unter anderem in familienzentrierter Physiotherapie, in der Entwicklungsförderung bei Kindern sowie im Umgang mit frühgeborenen oder traumatisierten Kindern und deren Bezugspersonen.

13.3

Unseres Wissens nach existiert hierzu keine Literatur.

DGPTW

13.1

Einerseits legt die praktische Erfahrung aus jahrzehntelanger Tätigkeit nahe, dass kein unmittelbares Schädigungspotenzial besteht, wenn man – wie bei jeder anderen physiotherapeutischen Behandlung auch – Krankheitsspezifische Kontraindikationen berücksichtigt und Belastungsgrenzen eingehalten werden bei Säuglingen bewegungsunfähigen Patientinnen müssen die Atemwege frei gehalten werden. Kinder können sich während der Behandlung bei einem in der Regel anwesenden Elternteil jederzeit rückversichert. Andererseits gibt es Hinweise auf Störung der Eltern-Kind-Bindung und eine erhöhte Cortisolausschüttung durch die Vojta Therapie. Erfahrungen aus der klinischen Praxis legen nahe, dass Kinder sich häufig mit Schreien gegen die Behandlung wären und es somit zu Therapie Abbrüchen kommt. Ältere Kinder lehnten die Therapie oft ab. Die Rekrutierung von Studienteilnehmer einer laufenden Studie seit dem Vojta-Arm erschwert (von 15 in die Vojta Gruppe randomisierten Kinder haben drei Kinder abgebrochen, wohingegen bei der Kontrollintervention keine Abbrüche zu verzeichnen waren).

13.2

Siehe 13.1

13.3

Eltern-Kind Bindung im Vergleich NDT (Bobath) und Vojta:

Ludewig, Annette und Mähler, Claudia. Krankengymnastische Frühbehandlung nach Vojta oder nach Bobath: Wie wird die Mutter-Kind-Beziehung beeinflußt?. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 48 (1999) 5, S. 326-339) [21]

Cortisolspiegel (Stresshormon) steigt signifikant über Normwerte direkt nach der Therapie bei Säuglingen im Alter von 3-9 Monaten:

Kiebzak,W.;Ż urawski,A.; Głuszek, S.; Kosztołowicz, M.; Białek, W.A. Cortisol Levels in Infants with Central Coordination Disorders during Vojta Therapy. Children 2021,8,1113. https://doi.org/10.3390/children8121113) [20]

Bobath-Vereinigung_Wissenschaftsbeirat

Diese Fragen wurden nicht beantwortet.

Bobath-Vereinigung_Therapeut

13.1

Es ist eine Frage des Einfühlungsvermögens und der Dosierung.

13.2

Mir ist ein Fall bekannt, in dem eine Beinfraktur bei einem tetraspastischen Kind bei der häulichen Durchführung des Vojta-Programms durch ein Kindermädchen verursacht wurde.

In meine Praxis kommen immer wieder Eltern, die die Therapieform wechseln wollen, diese Kinder wirken subjektiv wie traumatisiert. Dies könnte mutmaßlich durch die vorrangegangene Vojta-Theapie mitentstanden sein. Eine schwierige Mutter-Kind-Bindung wird mit einer Vojta-Therapie weiter belastet.

13.3

Studien sind mir dazu nicht bekannt.

VAKJP

13.1

Physiotherapeut:innen: Trotz fachlich korrekter Durchführung kann das Verfahren bei Säuglingen – insbesondere mit unreifer Affekt- und Selbstregulation – Stressreaktionen auslösen, die ohne therapeutisch-emotionale Einbettung als traumatisch erlebt werden können. Die Gefahr besteht darin, dass das Kind sich nicht als aktives Gegenüber, sondern als „passiv manipulierter Körper" erfährt.

13.2

Bezugspersonen: Hier ist das Risiko noch höher. Elterliche Verunsicherung, Überforderung oder rigide Befolgung von Anweisungen können die Beziehung belasten. Bei bereits belasteter Bindung kann dies zu Rückzug, Widerstand oder chronischer Dysregulation beim Kind führen.

13.3

Evidenz: Systematische Forschung zu psychischen Risiken fehlt weitgehend. Einzelne Fallberichte und Beobachtungen aus der Praxis weisen jedoch auf somatische und affektive Stressreaktionen hin (z. B. exzessives Schreien, Muskelhypertonie, Blickabwendung, Verweigerung).

DGNR

13.1 und 13.2

Wie bereits oben gesagt ergeben sich bei adäquater Beachtung von Kontraindikationen keine Risiken einer unmittelbaren physischen Schädigung insbesondere bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern. Auf der anderen Seite kann die Therapie für vor allem für Säuglinge und Kleinkinder belastend sein, da die Stimulation der „Druckpunkte" häufig Abwehr in Form von Schreien und Wehren auslöst. Eine Konditionierung führt dann häufig dazu, dass gerade kleine Kinder noch vor irgendeiner Intervention Abwehrreaktionen (z.B. Schreien) zeigen, auch in vermeintlich neutralen Situationen wie z.B. Wickeln. Dies führt zu einer Störung im Eltern-Kind-Verhältnis. Zusätzlich kommt es dann zu Schuldgefühlen bei den Eltern, weil diese sich durch die „Anleitung" der Vojta-Therapeuten genötigt sehen, gegen das offensichtliche Unwohlsein des Kindes (Schreien) diese Therapien mehrfach täglich durchzuführen .

13.3

Solide Studien zu diesem Thema sind uns nicht bekannt. Es existieren aber viele derartige Erfahrungsberichte.

GNP

13.1

situative Traumatisierung

13.2

Überforderung, situative Traumatisierung, Bindungsstörung

13.3

Diese Frage wurde nicht beantwortet.

DGSPJ

Zu **13., 13.1** und **13.2**)

Das Hauptrisiko für ein Schädigungspotential von Physiotherapieverfahren bei Kindern mit Schädigungen des zentralen Nervensystems ist in überzogenen Heilungserwartungen in Kombination mit mangelhafter Akzeptanz der Behinderung/Beinträchigung zu sehen und den daraus resultierenden psychosozialen Konsequenzen. In der Anfangszeit der Vojta-Therapie war die Ansicht, diese Kinder mit diesem Verfahren heilen zu können, weit verbreitet. Diese ist überwunden und wird so nicht mehr postuliert. Wir sehen diese Problematik zwischen über KG-ZNS-KIND abgebildeten Verfahren gleichverteilt und im wesentlichen auf Einzelfälle beschränkt.
Die Arbeit mit Druckpunkten stellt das zentrale Therapieelement der Vojta-Therapie dar. Dieses Vorgehen stellt ein Risiko für die Auslösung von Schmerzen dar. Die tägliche Anwendung von Vojta birgt damit das Risiko der täglichen Schmerzzuführung, diese hätte ein hohes psychosoziales Schädigungspotential. In Abhängigkeit von der Kind-ElternTherapeuten-Interaktion kann eine schmerzfreie Vojta-Therapie gelingen. Auch wenn nach unserer Einschätzung dies in der überwiegenden Zahl der Fälle gelingt, halten wir die Reduktion von Weinen auf eine neurophysiologische Aktivierung, wie sie teilweise von Vojta-Therapeuten vertreten wird, für bedenklich und inadäquat. Vielmehr sollten Unmutsäußerungen, Abwehrhaltung und Weinen bei therapeutischen Interventionen, sofern sie auftreten, grundsätzlich einem Monitorung durch Fragebögen unterzogen werden.
In einem Artikel der Zeitrischrift Behindertenpädagogik von Franz Schröder aus dem Jahr 1996 (Schröder, 1996) wird der Aspekt der Schmerzzuführung durch Vojta thematisiert, das Verfahren scharf kritisiert und die Therapie als unzumutbar eingestuft. Schröder zitiert Patienten, die die Therapie im Nachhinein als einen Vorgang „…permanenter Vergewaltigung…“ beschreiben. Wir halten diesen Artikel auf Grund seiner fehlenden Wissenschaftlichkeit und seiner inadäquaten Wortwahl für nicht geeignet, bei einer Beurteilung der Nebenwirkungen von Vojta berücksichtigt zu werden.
In einem weiteren Artikel wird von einem Todesfall unter Vojta-Therapie berichtet (Jakobi et al., 2001). Während die zeitlichen Abläufe nahe legen, dass es während der Vojta-Therapie zu einer Subarachnoidalblutung im Bereich der Pons, der Medulla oblongata und dem oberen Halsmark kam, bleibt der Zusammenhang mit der während der Therapie erfolgten Manipulation unklar. So beschreiben die Autoren, dass die Therapeutin die Druckpunkte „Epicondylus humeri ulnaris und ventraler Oberschenkel und/oder die Ferse“ anwendete und es im Zusammenhang mit einer ausgeprägten Abwehrreaktion zu einer Rotations- und Reklinationsbewegung des Kopfes gekommen sei. Es würde sich nach dieser Darstellung somit um eine aktive Bewegung des Kindes als Reaktion auf die Therapie handeln. Dass es zu solchen Bewegungen im Rahmen der Vojta-Therapie kommen kann, ist nachvollziehbar, sie sind aber weder Vojta-Therapie-spezifisch noch therapiespezifisch überhaupt. Vielmehr sind heftige Rotations- und Rekliniationsbewegungen des Kopfes bei Säuglingen im Rahmen von Abwehrreaktionen häufig zu beobachten. Dass es im vorliegenden Fall in der Konsequenz zu einer Blutung kam, legt zunächst den dringenden Verdacht auf eine Vorschädigung nahe. Da der Artikel einleitend auf Verfahren eingeht, die auch direkte Manipulationen an der Halswirbelsäule vornehmen, wird zunächst suggeriert, dass dies auch im vorliegenden Fall geschehen ist. Aus der Beschreibung der duchgeführten Manipulation geht dies aber nicht hervor, auch wäre dies nicht das klassiche Vorgehen der Vojta-Therapie. Somit erscheint auch dieser Fallbericht nicht geeignet, in der Diskussion möglicher Auswirkungen der Vojta-Therapie berücksichtigt zu werden.
Literatur:
Schröder, G. Zu Risiken und Nebenwirkungen fragen Sie ... wen denn? Behindertenpädagogik 1996 Volume 35, Issue 3, Page(s) 327–342 [29]
Jacobi G, Riepert T, Kieslich M, Bohl J. Uber einen Todesfall während der Physiotherapie nach Vojta bei einem 3 Monate alten Säugling. Fallbeschreibung und Bemerkungen zur Manualtherapie bei Kindern [Fatal outcome during physiotherapy (Vojta's method) in a 3-month old infant. Case report and comments on manual therapy in children]. Klin Padiatr. 2001 Mar-Apr;213(2):76-85. German. doi: 10.1055/s-2001-12881. PMID: 11305197. [17]

VPT

- Da die Anwendung von Vojta einer umfassende Weiterbildung bedarf, sind die Therapeut*innen geschult und wissen um die Wirkweise der angewendeten Techniken. Uns liegen keine Informationen zu Schädigungen von Kindern durch oder im Anschluss an die Vojta-Therapie vor.
- Die Anwendung von Vojta durch Bezugspersonen wird durch therapeutische Anleitung vermittelt. Dies erfolgt mit entsprechender Fachexpertise der Therapeuten. Auf die tatsächliche Anwendung im häuslichen Umfeld haben Therapeuten keinen direkten Einfluss

IVG

Bei indikationsgerecht und lege artis durchgeführter Vojta-Therapie besteht kein Schädigungspotential. Diese Tatsache kann dadurch als belegt betrachtet werden, dass in der inzwischen 70-jährigen Geschichte der Methodik, soweit uns bekannt ist, nur bei zwei Einzelfällen ein Zusammenhang zwischen der Vojta-Therapie und einer unmittelbaren Schädigung angenommen worden ist. In beiden Fällen wurde dieser Zusammenhang – von den Autoren anerkannt – widerlegt. Herr Prof. Dr. Saternus nahm seine Publikation mit dem Ausdruck des Bedauerns zurück, in dem er einräumte, von fachlich falschen Voraussetzungen ausgegangen zu sein. (https://link.springer.com/article/10.1007/s00194-011-0795-4) [28]

13.1

Bei einer lege artis durchgeführten Vojta Therapie durch die Physiotherapeut:innen ist kein Schädigungspotential bekannt. Von der IVG geschulte Physiotherapeut:innen werden in ihrer 8-wöchigen Weiterbildung auf eine sorgfältige und achtsame Durchführung der Vojta-Therapie trainiert. Dies erfolgt in Theorie und praktischer Durchführung der Reflexlokomotion an den Patient:innen mit verschiedenen Diagnosen unter Supervision durch die Lehrtherapeut:innen. Die Teilnehmer:innen werden in Handhabung, Anpassung der Druckintensität und Dosierung der Therapie geschult.

Die Physiotherapeut:innen werden auf verschiedene Diagnosen (Gerinnungsstörungen, Muskelerkrankungen, Osteoporose) und Medikamtenwirkungen (z.B. Steroide) hingewiesen, die besondere Sorgfalt in der Therapiedurchführung erfordern. Im Kursverlauf werden bis zu 120 Patient:innen von den Kursteilnehmern gesehen und mitbehandelt. Die Intensität der Anleitung direkt an Patient:innen ist ein Alleinstellungsmerkmal im Bereich der physiotherapeutischen Weiterbildung.

Des Weiteren umfasst die Schulung die Vermittlung der kindlichen Entwicklung, altersspezifische Verhaltensmuster und auch die Eltern-Kind Interaktion. (s. Curriculum, Anhang 1)

Darüber hinaus erfolgt in den von Physio Deutschland (Deutscher Verband für Physiotherapie e.V., ZVK) organisierten Arbeitskreisen eine weitergehende Supervision der Vojta-Therapeut:innen durch geschulte Lehrtherapeut:innen der IVG. https://www.physio-deutschland.de/fachkreise/verbandsstruktur/arbeitsgemeinschaften/vojta.html [7]

13.2

Eine Schädigung durch Eltern/Bezugspersonen ist uns nicht bekannt. Die Weiterbildung zum/r Vojta-Therapeut:in beinhaltet die Schulung der schrittweisen Heranführung von Bezugspersonen in der Therapiedurchführung beim Kind.

Sie erfolgt fortlaufend auch therapiebegleitend und individuell angepasst sowohl an die therapeutischen Erfordernisse, als auch an das seitens der Therapeut:innen antizipierte Potential der Bezugsperson, häusliche Therapie durchzuführen.

Den Bezugspersonen werden verschiedene Hinweise zur Interaktion und Kommunikation mit dem Kind an die Hand gegeben, um mit dem Erregungszustand v.a. eines Säuglings während der Vojta-Therapie umgehen zu können und eine bestmögliche Kooperation des Kindes zu erzielen.

Sie werden von Beginn an über die Kontraindikationen informiert und geschult, die Belastungszeichen des Kindes wahrzunehmen und adäquat darauf zu reagieren.

13.3

Eine Evidenz zu einem Schädigungspotenzial ist nicht bekannt.

Bekannt ist, dass die Auslösung an den Zonen, über die die Reflexlokomotion nach Vojta aktiviert wird, keine Schmerzen verursachen. Ein Forschungsprojekt Sense Vojta (Büchner S et al, 2020), vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert und in Zusammenarbeit mit der Universität Siegen durchgeführt führte zur Entwicklung eines sensorischen Handschuhs, der Druckstärke und Frequenz einer intermittierenden Stimulation messen kann. Die Datenauswertung zeigte, dass sich der Druck, der für die Zonenauslösung angewendet wird, sich im nicht-schmerzhaftem Spektrum befindet.

Einzelne Berichte über Komplikationen in der Vojta-Therapie wurden, soweit bekannt, ausgewertet. s.o. Die im deutschsprachigen Raum vorliegenden Publikationen zu Schädigungen unter der Vojta-Therapie (s.o.) haben sich als nicht haltbar erwiesen.

Vojta-kritische Positionen – ohne Evidenz - werden in erster Linie im Zusammenhang mit dem Schreien bei Säuglingen während der Behandlung erwähnt.

Büchner, S.; Gibas, C.; Brück, R.; Nemcová, N.; Müller, W.; Schürholz, K. (2020) Wearable Pressure Sensing for Vojta Therapy Guidance. [4]

Anhang: Originalantworten auf Frage 14

Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)

Hierzu können wir mangels Expertise in der Behandlung von Säuglingen und Kindern keine Stellungnahme abgeben**.**

Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten – IFK e.V.

14.1 und 14.2
Psychisch, sozial:
Psychosoziale Störungen, als Folge der Vojta-Therapie werden diskutiert.
Es gibt Mütter / Bezugspersonen, die berichten, dass sowohl das Kind, als auch sie selbst bei der Durchführung der Therapie unter Stress geraten. Dieser Stress könnte die Mutter-Kind-Beziehung im Allgemeinen sowie die Entwicklung der Mutter-KindBindung im Speziellen stören.
14.3
Hierzu liegt uns keine Evidenz vor.

DMGP

Keine relevante Patientengruppe in der umfassenden Behandlung Querschnittgelähmter an Querschnittgelähmtenzentren, deshalb kann diesbezüglich keine Aussage getroffen werden.

Bobath Zukunft! e. V.

14.1
Die gegenseitige Verstärkung oder Dämpfung zwischen Bindungsverhalten und Explorationsverhalten können bei wiederholtem reaktivem Üben gegen den eigenen Impuls des Kindes eine reduzierte Ausbildung des Explorationsverhaltens zur Folge haben. Selbstwirksamkeit als wesentliches Element günstiger Entwicklungsfaktoren ist reduziert. Neurobiologisch ist besonders auch von den negativen Folgen des (früh)kindlichen Stresses auszugehen.
Literatur:
Strüber N, Strüber D, Roth G. (2014). Impact of early adversity on glucocorticoid regulation and later mental disorders. In: Neuroscience & Biobehavioral Reviews, Volume 38, January 2014, Pages 17-37. [31]
Benz U. Hrsg. (2014). Festhaltetherapien – Ein Plädoyer gegen umstrittene Therapieverfahren. Psychosozial-Verlag [2]
14.2
Zusätzlich zu den Aspekten unter 14.1 sind besonders Folgen für die Bindung zwischen Kind und Eltern möglich.

14.3
Diese Frage wurde nicht beantwortet.

VIFF-BV

14.1
Bei Berücksichtigung der Kontraindikationen sehen wir keine Spätfolgen. Achtsamer und wertschätzender Umgang, entwicklungsensprechende Kommunikation mit dem Patienten.
14.2
Therapeut muss mit den Eltern/Bezugspersonen in engem Austausch und die Therapie entsprechend den Möglichkeiten der Eltern/Bezugspersonen anpassen unter Berücksichtigung der Kontraindikationen.

14.3
Diese Frage wurde nicht beantwortet.

VIFF-Sachsen Lebenshilfe Dresden

14.1
nein
14.2
siehe 13.2. nein bzw.kann nicht eindeutig auf Therapie zurückgeführt werden

14.3
Diese Frage wurde nicht beantwortet.

DGOU

14.1
Bei korrekter und verantwortungsbewusster Anwendung der Vojta-Therapie bestehen keine wissenschaftlich begründeten Risiken auf somatische, psychische oder soziale Spätfolgen.
14.2
Der große Stress, dem sich Patient und Bezugsperson unterwerfen, kann mit entsprechender therapeutischer Intervention und Anpassung der Intensität an die individuelle Situation gesteuert werden. Langzeitfolgen sind in der Literatur nicht nachgewiesen. Die nicht-wissenschaftlichen Berichte beziehen sich fast ausschließlich auf Anwendungen im Säuglingsalter.
14.3
Wissenschaftliche Evidenz wurde trotz umfassender Literaturrecherche nicht gefunden.

Physio-Deutschland

14.1 und **14.2**
Sowohl in der Vergangenheit als auch aktuell wurde nicht über Spätfolgen, die auf die Vojta-Therapie im Kindesalter hinweisen könnten, berichtet worden.
14.3
siehe Punkt 10.3
Unseres Wissens liegt auch hier keine valide, externe Evidenz von unerwünschten Wirkungen vor.
Die Mitglieder der AG-Vojta Physio Deutschland stehen über verschiedene Kommunikationswege regelmäßig in Kontakt.
Hinweise unerwünschter Wirkungen, die nicht frühzeitig erkannt worden sind und dann zu langfristigen Problemen geführt haben, liegen nicht vor.

DGPTW

Das Risiko besteht prinzipiell, nur ist unklar, wie groß es ist.
14.1
Episodische Berichte von langjährig klinisch tätigen Kollegen Kollegen legen nahe, dass selbst 15-20 Jahre nach Therapie kein relevantes Risiko für Spätfolgen besteht. Entsprechende Münzen Zusammenhang zwischen einer erfolgten Therapie Kindesalter und der späteren Entwicklung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung sein kritisch zu sehen, da eine Vielzahl an kritischen Lebensereignissen dazwischen liege (Confounder).

14.2

Die Eltern haben in einer RCT (Jung et al. 2017) in einem 14-tägig ausgefüllten Compliance-Fragebogen angegeben, dass sich keinerlei Änderungen im Verhalten ihrer Säuglinge gezeigt haben. Die Babys schrien nur unter der Therapie (und haben laut Kiebzak W (2021) einen vorübergehend erhöhten Cortisolspiegel) und ließen sich danach sowohl im sozialpädiatrischen Zentrum von der Physiotherapeut:innen als auch zuhause von den Eltern ohne Probleme beruhigen. Auch 4 Jahre nach der Therapie äußerten Eltern in der Nachuntersuchung der Wirbelsäule keine Interaktions- oder sozialen Probleme.
Eine unveröffentlichte Bachelorarbeit (Blume & Thomsen 2015) legt nahe, dass die Vojta-Therapie zur Störung der Eltern-Kind-Beziehung führt.

14.3

Blume, Laura und Thomsen, Inga (2015): Auswirkung der physiotherapeutischen Frühbehandlung nach Vojta auf die Mutter-Kind-Beziehung. Bachelorthesis, Hochschule21. [3]

Jung, Michael (2017): Vojta therapy and neurodevelopmental treatment in children with infantile postural asymmetry: a randomised controlled trial. J. Phys. Ther. Sci. 29: 301–306, 2017 [19]

Kiebzak W (2021): https://doi.org/10.3390/ children8121113 [20]

Bobath-Vereinigung_Wissenschaftsbeirat

Aufgrund von Berichten von Eltern und Kindern kann zumindest von einer möglichen psychischen Belastung durch Vojta-Therapie ausgegangen werden.

Die Bücher Voos Dunja, 2021, Vojta-Therapie bei Babys - ein Aufschrei: Hilfe bei einem speziellen Trauma [36], sowie Benz Ute (Hrsg.), 2014, Festhaltetherapien – Ein Plädoyer gegen umstrittene Therapieverfahren im Psychosozial-Verlag [2] verweisen ebenfalls auf mögliche psychische Langzeitfolgen

Bobath-Vereinigung_Therapeut

14.1

Der*Die Vojta-Terapeut*in kann mit zu viel Druck arbeiten, besonders auf der psychischen Ebene.

14.2

Zu Beginn meiner Tätigkeit habe ich fast nur nach dem Vojta-Konzept gearbeitet. Ich habe in meiner 45jährigen Tätigkeit mehrmals erlebt, dass der Druck 4mal täglich eine Vojta- Behandlung Zuhause durchzuführen, da man sonst schuld sei, dass das Kind eine Behinderung behält, insofern eine Schädigung hervorrufen kann, dass dies sehr belastend und einschneidend für Eltern und Kinder/die ganze Familie sein kann.

14.3

Mir sind keine Studien bekannt

VAKJP

14.1

Durch Physiotherapeut:innen: Wiederholte affektiv nicht integrierte Reize können langfristig internalisiert werden und sich in Form körperlich-affektiver Regulationsstörungen, Bindungsunsicherheit oder psychosomatischer Symptome äußern.

14.2

Durch Bezugspersonen: Chronisch überfordernde elterliche Beteiligung kann zu sekundären Loyalitätskonflikten, Schamgefühlen oder Abwehr gegen körperliche Nähe führen. Dies betrifft insbesondere Säuglinge in vulnerablen Familiensystemen.

14.3

Empirische Daten fehlen, aber entwicklungspsychologische Theorien (z. B. Stern, Fonagy, Laufer und Laufer, u.a.) legen nahe, dass frühe, wiederholte Beziehungserfahrungen ohne adäquate Affektspiegelung langfristige Auswirkungen auf das Selbst- und Beziehungserleben haben können.

DGNR

Aus dem vorher gesagten ist bereits ersichtlich, dass bei nicht mit dem Patienten (nicht möglich aufgrund der Altersstruktur!) abgestimmtem Therapieeinsatz Widerstände entstehen können, von denen nicht ausgeschlossen werden kann, dass sie auch zu längerfristigen Traumatisierungen Anlass geben. Dazu ist in der Literatur sehr wenig systematisch geschrieben worden. Es gibt aber vielfältige episodische Beobachtungen.

GNP

14.1
somatische Wirkungslosigkeit, psychische Traumatisierung, sozial negativer Impact

14.2 und 14.3
Diese Fragen wurden nicht beantwortet.

DGSPJ

Frakturen stellen sehr seltene Ereignisse im Rahmen von Physiotherapie dar, hier sehen wir für die Vojta-Therapie kein erhöhtes Risiko. Bezüglich psychosozialer Aspekte s. 13.

VPT

Das Risiko möglicher Folgen und Spätfolgen beispielsweise psychischer oder sozialer Art werden in der Physiotherapie diskutiert. Konkrete Belege und oder Studien liegen uns hierzu nicht vor

IVG

Für das Auftreten von somatischen Spätfolgen nach Anwendung der Vojta-Therapie bestehen keinerlei Hinweise.
Das Schreien des Säuglings bei Ausübung der Vojta-Therapie ist im Hinblick auf mögliche Spätfolgen von Anfang an aufmerksam betrachtet und von Kritikern der Methode als problematisch angesehen worden. Andererseits ruft die Anwendung dieses therapeutischen Verfahrens bei älteren Kindern und bei Erwachsenen keine analogen Reaktionen hervor, so dass davon ausgegangen werden kann, dass auch der Säugling unter der lege artis durchgeführten Therapie keine Schmerzen empfindet, sondern dass es sich hierbei um eine ubiquitäre Reaktion auf eine aktuell fremdartige multifaktorielle Afferenz handelt. Diese Deutung wird gestützt durch die Tatsache, dass das Schreien nach erfolgter Therapie in aller Regel sofort sistiert und die sich anschließende Interaktion mit der Bezugsperson ungestört und innig verläuft.
14.1
Bei einer seitens der Therapeut:innen, die in den interaktionellen Besonderheiten in der Ausübung dieser Behandlung unterwiesen sind, indikationsgerecht und lege artis durchgeführten Vojta-Therapie, kann davon ausgegangen werden, dass weder in somatischer, noch in psychischer und sozialer Hinsicht eine Traumatisierung erfolgt und folglich nicht mit entsprechenden Spätfolgen zu rechnen ist.
Ältere Kinder äußern nach der Vojta-Behandlung, dass sie sich beim Bewegen „leichter“ fühlen. Das positive Grundgefühl führt neben der koordinierteren Motorik zu sichtbar verbesserten kommunikativen Fähigkeiten. Regulationsstörungen werden vermindert und die kindliche Resilienz verstärkt. Dies führt dazu, dass Jugendliche und ehemals frühbehandelte Erwachsene bei auftretenden Beschwerden die Vojta-Therapie von Eltern/ Bezugspersonen bzw. Physiotherapeut:innen wieder einfordern.

14.2

Die Anwendung durch Bezugspersonen führt nicht zu nachteiligen somatischen Folgen.
Die in der Vojta-Therapie geschulten Physiotherapeut:innen supervidieren in regelmäßigen Abständen die häusliche Durchführung und passen die Therapie bei Bedarf immer wieder optimal an das Bedürfnis des Kindes und die Möglichkeiten der Bezugspersonen an.
In Bezug auf potenzielle psychische oder soziale Spätfolgen liegen nach aktuellem wissenschaftlichem Kenntnisstand ebenfalls keine Hinweise auf negative Auswirkungen vor. Studien – unter anderem von Papoušek [24], Thiesen-Hutter [33] und Martínez-Fuentes [22] – zeigen keine Beeinträchtigung der Eltern-Kind-Beziehung.
Die Untersuchung von Martínez-Fuentes zur Vojta-Therapie bei Frühgeborenen

belegt eine signifikant positivere mentale und motorische Entwicklung im Vergleich zu anderen Therapieverfahren – vor allem im ersten Lebensjahr. Hinsichtlich der Bindungsqualität im Alter von 15 Monaten zeigten sich hingegen keine Unterschiede zwischen den Gruppen.
Laut M. Zieglers und S. Hommels Untersuchungen zu frühkindlichen Regulationsstörungen liegt die Prävalenz für exzessives Schreien in den ersten Lebensmonaten – je nach Falldefinition und verwendetem Erhebungsinstrument – in westlichen Industrieländern bei etwa 16 bis 29 %. Bei Persistenz der Störung und multiplen psychosozialen Belastungsfaktoren (z.B. Mangel an intuitivem Elternverhalten, elterliche psychische Erkrankung) ist das Langzeitrisiko für eine psychische Störung des späteren Kindesalters erhöht. Psychische Störungen im frühen Kindesalter sind gemäß den Leitlinien zu psychischen Störungen im Säuglings-, Kleinkind und Vorschulalter häufig und betreffen laut verschiedener Studien 14 -25 % aller Kleinkinder (USA). 9-12 % sogar mit deutlichen Beeinträchtigungen (Egger und Angold, 2006a); 8,9 % bzw. 6,9 % der 3- bis 6-jährigen Mädchen und Jungen mit grenzwertigen und 6,9 % bzw. 3,7 % mit eindeutigen psychischen Auffälligkeiten (Deutschland; Hölling et. al. 2007, KiGGS, Bundesgesundheitsblatt, 2007; Klipker et al. 2018 Robert Koch-Institut, Berlin); 7,1 % der 4-jährigen Kinder (Norwegen; Wichstroem et al., 2012; 2014); 10,1% der 4- bis 6jährigen Kinder (Island; Gudmundsson et al., 2012). Weitere Studien zur Prävalenz werden bei von Gontard (2019) zusammengefasst. Zudem zeigen psychische Störungen eine hohe Persistenz im Verlauf von 3 bis 6 Jahren (Bufferd et al., 2012).
Das Spektrum der möglichen Störungen erweitert sich zunehmend, je älter die Kinder sind. Ab dem Alter von ein bis zwei Jahren kommen Autismus-Spektrum-Störungen, sprachliche und kognitive Entwicklungsstörungen, Überaktivitätsstörung des Kleinkindalters, Angst- und depressive Störungen, Tic-Störungen und posttraumatische Belastungsstörungen hinzu.
Ab dem Alter von drei bis fünf Jahren ist die Bandbreite möglicher Störungen fast so groß wie bei Schulkindern und erfordert deshalb ein breites differenziertes diagnostisches Vorgehen.
Zu bedenken ist, dass Entwicklungsstörungen und potenzielle Spätfolgen bei Kindern mit Behinderung häufig durch multifaktorielle Einflüsse bedingt sind, die nicht in ursächlichem Zusammenhang mit der Vojta-Therapie stehen. Hierzu zählen unter anderem die Art und Schwere der Grunderkrankung, psychosoziale Belastungen innerhalb der Familie, eine gestörte Eltern-Kind-Interaktion, fehlende emotionale oder soziale Unterstützung sowie eingeschränkte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Diese Risikofaktoren können die psychosoziale Entwicklung nachhaltig beeinflussen, unabhängig von der therapeutischen Maßnahme selbst.
Ein direkter Zusammenhang zu somatischen psychischen und sozialen Störungen, hervorgerufen durch die Vojta-Therapie in den ersten Lebensjahren, ist nicht herzustellen und müsste bewiesen werden.
Negative Spätfolgen im Erwachsenenalter sind wissenschaftlich nicht belegt und entbehren jeglicher Evidenz.
Sarimski und Hoffmann (Sarimski et al, 1992) untersuchten mittels Fragebogen die Belastung von Eltern zerebralparetischer Kinder, die Krankengymnastik nach Vojta durchführten. In der Mehrzahl fühlen sich die befragten Eltern nicht überfordert oder stark psychisch belastet. Die subjektiv erlebte Belastung hängt stark von intra-, interpersonellen und sozial-ökonomischen Faktoren ab. Für die Belastungsbewältigung spielt die Zuversicht, kritische Situationen meistern zu können, und die Kompetenz v. a. der Mütter im Umgang mit

Problemen der Kinder eine große Rolle. Einige Eltern können sich erfolgreich an die Belastung anpassen andere benötigen die Unterstützung sensibler Beratung. Die Autoren kommen zu der Schlussfolgerung, dass Psycholog:innen nicht erst in Krisensituationen hinzugezogen werden sollten, sondern, dass deren Einbeziehung von Anfang an in das Konzept der Rehabilitation behinderter Kinder und deren Familien sehr zu empfehlen ist.

Am Kinderzentrum München wurde der Thematik bereits in den 1980er Jahren auch in wissenschaftlicher Hinsicht Aufmerksamkeit gewidmet. Aus psychologischer Seite wurden Konzepte zur Unterstützung für Therapeut:innen und Bezugspersonen entwickelt, die seither in den Ausbildungsprozess der Vojta-Therapie integriert sind. Die Erfahrungen des dort maßgeblich beteiligten Psychologenteams (Jansen und Streit) [18], das in besonderem Maß die Spezifika der Interaktionen im therapeutischen Prozess thematisierte, führte zur Etablierung eines weitergehenden Konzeptes zur Stärkung von Bindung und Beziehung.

Da wir der Auffassung sind, dass die zur Diskussion stehenden vermuteten psychischen oder sozialen Spätfolgen im Zusammenhang mit einer erfolgten Vojta-Therapie im Säuglingsalter weniger mit der Therapie an sich, sondern mit Besonderheiten in der Interaktion zwischen der Bezugsperson und dem Kind zu erklären sind, sehen wir diesen Schwerpunkt ebenfalls als bedeutungsvoll an. Eine ausführliche und weiterführende Darstellung sowie umfassende Literaturangaben dazu finden sich in der Publikation von Jansen, F. et al, 2015. [18]

14.3

Sarimski, K.; Hoffmann, I. W. (1992). Belastungsverarbeitung bei der Durchführung von Krankengymnastik durch die Eltern cerebralparetischer Kinder. Kindheit und Entwicklung. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie (2), S. 107–115 [27]

Leitlinien zu psychischen Störungen im Säuglings-, Kleinkind und Vorschulalter AWMF Nr.: 028/041 Version 2.0/ update – letzte inhaltliche Überarbeitung am 03.07.2024 [6]

Ziegler, M., Hommel, S., (2025). Frühkindliche Regulationsstörungen-Klassifikation und Diagnostik. Kinderärztliche Praxis 96,162-167 (2025) Nr.3 [37]

Anhang: Originalantworten auf Frage 15

Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)

Hierzu können wir mangels Expertise in der Behandlung von Säuglingen und Kindern keine Stellungnahme abgeben.

Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten – IFK e.V.

15.1

Während der Vojta-Therapie (insbesondere bei der Reflexlokomotion) kann sich das Kind nicht frei bewegen. Bei der Durchführung dieser Therapie bei Säuglingen und Kindern können aus fachlicher Sicht daher verschiedene psychische Belastungen oder direkte Stressreaktionen auftreten. Für die Kinder selbst besteht die Möglichkeit, dass sie sich während der Behandlung unwohl, ängstlich oder überfordert fühlen, insbesondere wenn sie auf neue oder ungewohnte Reize reagieren. Stressreaktionen können dann Unruhe, Weinen oder Rückzugsverhalten sein.

15.2

Bei der Durchführung der Vojta-Therapie (insbesondere bei der Reflexlokomotion) können aus fachlicher Sicht verschiedene psychische Belastungen oder direkte Stressreaktionen auftreten. Zum einen könnten Therapeuten oder Eltern sich durch die anspruchsvolle Technik und die hohe Konzentration, die für eine korrekte Anwendung notwendig ist, gestresst fühlen. Auch die Unsicherheit, ob die Therapie richtig durchgeführt wird, kann zu Stress führen. Zudem besteht die Möglichkeit, dass emotionale Belastungen entstehen, wenn die Therapie auf Widerstand oder Unruhe beim Kind stößt, was bei den Bezugspersonen Frustration oder Unsicherheit hervorrufen kann.

15.3

Ludewig, Annette und Mähler, Claudia Krankengymnastische Frühbehandlung nach Vojta oder nach Bobath: Wie wird die Mutter-Kind-Beziehung beeinflusst? Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 48 (1999) 5, S. 326339. https://doi.org/10.23668/psycharchives.11060 [21]

Die Ergebnisse legen nahe, dass insbesondere zu Beginn der Behandlung die Krankengymnastik nach Vojta eine erhebliche Belastung für die Mütter darstellt, mit zunehmender Therapiedauer finden sich jedoch keine Unterschiede mehr zwischen Vojta- und Bobath-Methode. Insgesamt regen die Ergebnisse dazu an, psychologische Aufklärung und Unterstützung von Müttern mit Kindern in krankengymnastischer Behandlung bereitzustellen oder zu intensivieren.

Strojek, K.; Wójtowicz, D.; Kowalska, J. Assessment of the Emotional State of Parents of Children Starting the Vojta Therapy in the Context of the Physical Activity—A Pilot Study. Int. J. Environ. Res. Public Health 2022, 19,10691. https://doi.org/10.3390/ijerph191710691 [30]

Ziel der Studie war es, den emotionalen Zustand der Eltern zum Zeitpunkt des Beginns der Therapie ihrer Kinder mit der Vojta-Methode im Zusammenhang mit der von den Eltern ausgeübten körperlichen Aktivität zu bewerten. An der Studie nahmen 68 Eltern (37 Mütter und 31 Väter) von Kindern mit zentralen Koordinationsstörungen (CCD) teil, die zur Beratung und Therapie nach der Vojta-Methode kamen. Die verglichenen Gruppen von Müttern und Vätern unterschieden sich nicht signifikant in Bezug auf Alter, Bildung, wirtschaftlichen Status und angegebene körperliche Aktivität. Die gesamte Studiengruppe (n = 68) wies ein hohes Maß an empfundenem Stress (Mittelwert 22,9± 3,6; Median 23,0) und Angst (46,3± 3,8 als Zustand; Median 46,0) auf. Nicht weniger als 84% der befragten Mütter und 77 % der befragten Väter wiesen ein hohes Maß an empfundenem Stress auf. Stimmungsstörungen wurden bei 65 % der Mütter und 52 % der Väter festgestellt. Die häufigsten Sorgen der Eltern von Kindern, bei denen die Vojta-Methode eingeführt werden sollte, waren die Sorge um die Gesundheit ihres Kindes, um die Zukunft ihres Kindes und um die richtige die Verabreichung der Therapie.

DMGP

Keine relevante Patientengruppe in der umfassenden Behandlung Querschnittgelähmter an Querschnittgelähmtenzentren, deshalb kann diesbezüglich keine Aussage getroffen werden.

Bobath Zukunft! e. V.

Auf diese Frage gibt es aus unserer Sicht lediglich Erfahrungswissen, aber nach unserem Kenntnisstand keine wissenschaftlichen Belege. Kinder, die nach Vojta behandelt wurden, sind in pädiatrischen/neuropädiatrischen Untersuchung und bei der therapeutischen Befunderhebung häufig auffällig, da sie sich extrem gegen das Ausziehen oder Hingelegt-Werden wehren. Therapie auf der Untersuchungsliege wird teilweise verweigert.
Manche Eltern machen sich Vorwürfe, da sie die hochfrequente Übungen zu Hause nicht umsetzen können und haben Schuldgefühle. Die belastet die Eltern- Kind Interaktion.
Kinder, die neu in die Bobath-Therapie kommen, benötigen z.T. mehrere Behandlungen, bis sie Zutrauen in die neue Therapeutin fassen und Explorationsverhalten zeigen können.

VIFF-BV

15.1
Die Behandlung nach Vojta ist für den Säugling/ das Kleinkind körperlich anstrengend; das Kind wird in eine Haltung gebracht, festgehalten und in eine Bewegung aktiviert. Der Säugling/das Kleinkind zeigt seine Abwehr mit Schreien. Der Säugling/das Kleinkind erlebt aber nach der Behandlung eine vermutlich wohltuende Entspannung- dies zeigt sich in der positiven Auswirkung auf die Körperhaltung. In bestimmten Alltagsroutinen (z.B. Wickeln, Grenzsetzungen) oder bei ärztlichen Untersuchungen/Behandlung können vergleichbare Situationen auftreten. Ausschlaggebend ist die kontinuierliche Kommunikation mit dem Kind.
15.2
Gute und kompetente Anleitung der Bezugsperson/Eltern ist zentral. Es ist schwer zu differenzieren zwischen Elterlichem Stress und psychischer Belastung durch die Erkrankung des Kindes mit möglicherweise fortbestehender Behinderung und Folge der Therapie/Behandlung. Wenn Eltern sehr unter Druck sind, ist es möglich, dass sie diesen Druck auch in der Therapie weitergeben.

15.3
Diese Fragen wurden nicht beantwortet

VIFF-Sachsen Lebenshilfe Dresden

15.1
vermehrtes Schreien während der Therapie, kann jedoch gut händelbar sein durch Beobachtung, Kommunikation, Anpassung
15.2
keine bei guter Aufklärung und Begleitung; Angst,etwas falsch zu machen, kann durch Wiederholung, stets Anleitung und Austausch ausgeschaltet werden

15.3
Diese Frage wurde nicht beantwortet.

DGOU

15.1
überwiegend schwer kontrollierbares Schreien bei Säuglingen. Eine Therapieunterbrechung oder-modifkation kann dieses Phänomen positiv beeinflussen.
15.2

großer psychicher Stress und schwere psychische Belastungssituationen. Die Bezugsperson, hat Angst den positiven Einfluss auf das Kind zu verlieren. Nach der oben angegebenen Literatur (Ludewig et Mäher 1999) wird die Belastung aber auf Dauer nicht höher bleiben als mit ähnlichen anderen Therapien. Mütter (höhere Stress- und Angst-Werte) reagieren hierbei anders als Väter (niedrigere Werte bei Stimmung und Zufriedenheit). Eine frühzeitige Adressierung dieser Thematik zu Beginn einer solchen Vojta-Therapie erscheint notwendig und wird möglicherweise heutzutage noch vernachlässigt.

15.3

Quelle: Strojek et al: Assessment of the emotional state of parents of children starting the Vojta therapy in the context of physical activity – a pilot study. Int J Environ Res Public Health 2022; 19: 10691 [30]

Physio-Deutschland

15.1 und 15.2

Unserer Meinung nach gibt es keine Anhaltspunkte zu unerwollten psychischen Belastungen und Stressreaktionen während der Therapie.

15.3

Martínez-Fuentes, M. T., Pérez-López, J., Brito de la Nuez, A., & Díaz-Herrero, Ángela. (2012). Terapia Vojta, desarrollo psicológico, y apego infantil en poblaciones de riesgo biológico. *Acción Psicológica*, *8*(2), 87–97. https://doi.org/10.5944/ap.8.2.192 [22]

Ludewig, A., & Mähler, C. (1999). Krankengymnastische Frühbehandlung nach Vojta oder nach Bobath: Wie wird die Mutter-Kind-Beziehung beeinflusst? [Early Vojta- or Bobath-physiotherapy: what is the effect on mother-child relationship?]. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, *48*(5), 326–339. [21]

DGPTW

15.1

Die Therapie ist anstrengend für die Säuglinge und kann zum Weinen führen. Diesen ist z.B. mit kurzen Belastungsphasen und Pausen auf dem Arm der Eltern zu begegnen. Einige Kinder weinen sobald es anstrengend wird oder sie nicht mehr auf dem Arm der Eltern sein können. Dies ist unabhängig von der Therapieform.

15.2

Eltern können durch ein ggf. auftretendes Weinen ihrer Kinder gestresst sein. Diesem kann man mit vorheriger Aufklärung entgegenwirken. Zudem kann man die Eltern mit einbeziehen und sie darin bestärken, eine „Kuschelpause“ mit ihrem Kind einzufordern, sobald es für sie selbst oder das Kind zu stressig ist. Kinder fühlen den Stress ihrer Eltern, sind dann verunsichert und weinen noch mehr. Eltern darüber aufklären, dass sie ihr Kind bestärken, anlächeln und Sicherheit ausstrahlen. dann ist das Kind nicht verunsichert, was zu mehr Stress und Weinen führen würde. Dies gilt jedoch für alle Therapieformen und nicht ausschließlich für die Vojtatherapie. Gleichzeitig kann die Vojta-Therapie Eltern Sicherheit geben. Sie haben eine Möglichkeit, ihrem von Behinderung betroffenen oder bedrohtem Kind zu helfen und aktiv das Outcome zu verbessern.
Andererseits gilt: Wenn die Eltern ihr Kind bei jeder kurzen Therapiepause auf den Arm nehmen, denkt dieses Kind vielleicht, jetzt wäre die anstrengende Therapie zu Ende. Dies kann dann durchaus 6-8x in einer Sitzung enttäuscht werden (3-4x täglich). Besser ist es m. E. dem Kind bspw. durch zudecken bis zur Brust zu signalisieren, „kurze Pause - es geht noch weiter“. Auf den Arm nehmen und kuscheln ist dann aber wirklich das Ende einer Sitzung.
Aus Sicht der Angehörigen birgt das „Treffen“ der richtigen Punkte auch einen Stressor, da Angehörige es zum einen richtig machen und die Positionen für die Kinder nicht überstrapazieren möchten. Ein weiterer Stressor für die Angehörigen sei ein nicht der Situation entsprechendes forderndes Verhalten der Therapeutin beim Abfragen und Vorzeigen der genutzten Zonen.

15.3

Keine bekannt

Bobath-Vereinigung_Wissenschaftsbeirat

Diese Fragen wurden nicht beantwortet.

Bobath-Vereinigung_Therapeut

15.1
Ängstlichkeit, Zurückhaltung, Schwierigkeit eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen, Traumata, Passivität, Inaktivität, Verhaltensauffälligkeiten.

15.2
Das Gefühl, nicht genug getan zu haben.

Schuldgefühle, wenn die versprochene Besserung ausbleibt.
Zerrissenheit, auf die Signale des Kindes zu hören, aber auch gewissenhaft die Theapie durchzuführen.

15.3
Mir sind darüber keine Studien bekannt.

VAKJP

15.1
Typische Stressreaktionen beim Säugling umfassen:

- untröstliches Schreien
- vegetative Dysregulation (z. B. Atemrhythmus, Muskeltonus)
- motorischer Widerstand
- Rückzug oder Erstarrung

Solche Reaktionen weisen auf eine Überforderung des autonomen Nervensystems hin, die entwicklungspsychologisch relevant ist.

15.2
Bei den Bezugspersonen:

Diese können emotional überfordert sein, insbesondere wenn sie die Reaktionen des Kindes als Leid erleben. Häufige Folgen sind Schuldgefühle, Hilflosigkeit, ambivalente Compliance oder sogar Behandlungsabbruch.

15.3
Evidenz: Studien zu elterlicher Belastung in der Anwendung von Vojta existieren kaum. Die klinische Erfahrung und psychotherapeutische Begleitung solcher Familien legt jedoch nahe, dass erheblicher emotionaler Druck entstehen kann – besonders in dysfunktionalen Familiensystemen oder bei vorbestehender elterlicher psychischer Belastung.

DGNR

Siehe 14. Es kann unmittelbar zu psychischen Belastungen und Schuldgefühlen der Eltern kommen, da sie einerseits keine Behandlungsoption verpassen möchten, aber auf der anderen Seite ihr Kind in eine ihm nicht nachvollziehbare unangenehme Therapiesituation bringen müssen, gegen die es sich wehrt.

GNP

siehe Antworten 12 und 13

DGSPJ

15.1
s.o.

15.2
Die Durchführung der Vojta-Therapie im häuslichen Umfeld kann eine Belastung darstellen. Zum einen durch die zeitliche Beeinträchtigung zum anderen durch die Verschiebung der Elternrolle zu einer Therapeutenrolle. Beides muss aktiv therapiebegleitend mit den Eltern besprochen werden, um psychosoziale Folgeschäden zu verhindern.
Vojta-Therapie regelmäßig in der Häuslichkeit ist zeitintensiv und durchaus mit einer erhöhten Anstrengung der Eltern verbunden.
Unsicherheit und Überforderung auch im Sinne von Stressreaktion können sich zeigen. Es ist wichtig, diese Symptome von Eltern regelmäßig zu erfragen und Eltern immer wieder sicher für die Vojta-Therapie anzuleiten.

15.3
Es liegt hierzu keine Evidenz vor: Die uns bekannte Studie (Ludwig et al., 1999) ist auf Grund von methodischen Mängeln nach unserer Ansicht nur bedingt aussagekräftig.
Ludewig, Annette; Mähler, Claudia: Krankengymnastische Frühbehandlung nach Vojta oder nach Bobath: Wie wird die Mutter-Kind-Beziehung beeinflußt? 1999, 10.23668/PSYCHARCHIVES.11060 [21]

VPT

15.1
Weinen oder Unruhe als Reaktion der Säuglinge auf die Durchführung der Vojta-Therapie kann unterschiedlich gewertet werden, ob als Anstrengungszeichen oder als Reaktion auf die eingeschränkte spontane Bewegungsfreiheit oder das plötzliche Erfahren von neuen Körperreizen. Ein unmittelbares Abklingen der Stresszeichen nach Beendigung der Situation spricht hierfür. Dass dies für Kinder allerdings Stress bedeuten kann, ist nicht abzustreiten.

15.2
Die Durchführung der Vojta-Therapie im Alltag durch Bezugspersonen kann zu einer Stressreaktion ebenfalls bei den Bezugspersonen führen. Die korrekte Durchführung der Vojta-Therapie ist nicht immer einfach. Dies kann zu Unsicherheit oder dem Empfinden von Druck führen. Psychische und körperliche Stressreaktionen können auch ausgelöst werden, wenn Eltern mit den wiederkehrenden Situationen, in denen sich das Kind potenziell unwohl fühlt, konfrontiert werden

15.3
Studien zu Spätfolgen sind uns nicht bekannt. Folgende Studien zur Wirkung der Vojta-Therapie auf die Beteiligten liegen vor, werden von uns aber nicht abschließend bewertet.

- https://doi.org/10.23668/psycharchives.11060 [21]
- https://doi.org/10.3390/ijerph191710691 [30]

IVG

15.1

In der Aktivierung mit der Vojta-Therapie können beim Säugling/Kind Reaktionen ausgelöst werden, die mit einer inneren Erregung, einer vermehrten Aktionsbereitschaft und entsprechenden Kreislaufanpassungen einhergehen. Dies kann sich u.a. durch Hautrötung, Erhöhung der Herzfrequenz und Schwitzen äußern.
Solche vegetativen Begleiterscheinungen sind als physiologische Reaktionen bei körperlicher oder sportlicher Aktivität allgemein bekannt und unbedenklich. Diese Erregung wird beim Säugling auch durch Schreien entäußert. Das Schreien ist in diesem Lebensalter ein wichtiges und adäquates Ausdrucksmittel der kleinen Patient:innen, um auf die ungewohnte Aktivierung durch die Reflexlokomotion zu reagieren. Da insbesondere die Vojta-Therapie in differenzierter Weise dosiert werden kann, überschreiten diese Reaktionen bei indikationsgerecht und lege artis durchgeführter Behandlung nicht das physiologisch akzeptable Maß. Nach Beendigung der therapeutischen Sequenz tritt beim Kind in der Regel eine sofortige Beruhigung ein. Die gewohnte ungestörte Interaktion besteht fort. Die durch die Therapiesequenz ausgelöste Stressreaktion des Kindes kann mit anderen alltäglichen Belastungsfaktoren verglichen werden.
Ein erhöhter Erregungszustand beeinflusst unter anderem den biochemischen Haushalt der Patient:innen und kann kurzfristig zu einem Anstieg des Stresshormons Cortisol führen. Cortisol erfüllt eine Vielzahl wichtiger physiologischer Funktionen. Es steigert kurzfristig die Energiebereitstellung, fördert die Aufmerksamkeit und unterstützt den Organismus, mit Stresssituationen umzugehen. In einer gesunden Dosierung und bei einem intakten zirkadianen Rhythmus kann Cortisol für positive Auswirkungen auf das Immunsystem und den Stoffwechsel sorgen. Die Ergebnisse der Studie „Positive upshots of cortisol in everyday life“ (Hoyt L. et al ;2016) unterstützen die sogenannte „Cortisol-Boost-Hypothese“, nach der zufolge Cortisol nicht ausschließlich als Stressmarker, sondern auch als adaptiver, stimmungsregulierender Faktor wirken kann. Diese Erkenntnisse spiegeln sich in der Dosierung der Therapie wider.

15.2

Eltern sind generell belastet, wenn sie erkennen, dass ihr Kind eine abweichende Entwicklung aufweist. In der ersten Therapieeinheit werden die Eltern direkt in der Aktivierung in einer Ausgangsstellung angeleitet. Mit der aktiven Beteiligung der Eltern in der Vojta-Therapie erhalten sie eine Möglichkeit, positiv auf die Entwicklung ihres Kindes einzuwirken. Zum Teil beginnend im stationären und weiterführend im ambulanten Therapieprozess, erfahren die Eltern eine Selbstwirksamkeit, die das gesamte familiäre Gefüge positiv beeinflusst.
In dieser aktivierten Therapiesituation des Säuglings und Kindes ist eine besondere intuitive elterliche Kompetenz erforderlich. Wie schon in 15.1 erwähnt, ist das Schreien des Säuglings ein wichtiges und adäquates Ausdrucksmittel. Bei Eltern führt dies verständlicherweise zu Irritationen. Gerade in der Anfangsphase der Behandlung bedeutet dies für die Eltern eine emotionale Belastung und somit Stress. Durch die empathische Begleitung der Therapeut:innen werden die Eltern in dieser Anforderung immer sicherer und können die Situation differenzierter reflektieren und das Kind kompetent führen. Sie können die kindlichen Signale besser wahrnehmen, richtig interpretieren, prompt und angemessen darauf reagieren.
Während und nach der Therapie wird das Kind von den Eltern positiv bestärkt. Je nach Regulationsfähigkeit des Kindes ist eine Unterstützung der Eltern durch liebevollen, körperlichen Kontakt und positive sprachliche Zuwendung erforderlich und erwünscht. Diese körperliche Zuwendung und Sicherheit, die den Kindern in der Vojta-Therapie durch die Eltern entgegengebracht wird, stärkt die Eltern-Kind-Beziehung und führt zu neuen, erweiterten Erfahrungen des Kindes.

15.3

Hötting, K., Schickert, N., Kaiser, J., Röder, B. Schmidt-Kassow, M. (2016). The Effects of Acute Physical Exercise on Memory, Peripheral BDNF, and Cortisol in Young Adults. Neural plasticity 2016, S. 6860573. DOI: 10.1155/2016/6860573 [14]

Hoyt, L., Zeiders, K. Ehrlich, K., Adam, E. (2016). Positive upshotsof cortisol in everyday life. DOI:10.1037/emo00000174. [15]

Lindsay T Hoyt, Katharine H Zeiders, Katherine B Ehrlich, Emma K Adam doi: 10.1037/emo0000174. Epub 2016 Mar 7. Positive upshots of cortisol in everyday life PMID: 26950364 PMCID: PMC4868668DOI: 10.1037/emo0000174 [Anmerkung FBMed: Quelle ist identisch zu Hoyt et al (2016) [15]]

Kiebzak, W.; Żurawski, A.; Głuszek, S.; Kosztołowicz, M.; Białek, WA. (2021) Cortisol levels in infants with central coordination disorders during Vojta therapy. DOI: 10.3390/children8121113 [20]

Ludewig, A.; Mähler, C. (1999). Krankengymnastische Frühbehandlung nach Vojta oder nach Bobath: Wie wird die Mutter-Kind-Beziehung beeinflusst? DOI: 10.23668/PSYCHARCHIVES.11060. [21]

Martínez-Fuentes, M. T., Pérez-López, J., La Brito de Nuez, A., Díaz-Herrero, Á. (2011). Terapia Vojta, desarrollo psicológico, y apego infantil en poblaciones de riesgo biológico [Vojta Therapy, mental and motor development, and infant attachment in biological risk population. AP 8 (2), S. 87–97 DOI: 10.5944/ap.8.2.192. [22]

Papoušek, M., Schieche, M., Wurmser, H. (Hg.) (2004). Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 53 (2004) 10, S. 756-757. DOI:10.25656/01:2348 [25]

Sarimski, K.; Hoffmann, I. W. (1992) Belastungsverarbeitung bei der Durchführung von Krankengymnastik durch die Eltern cerebralparetischer Kinder. Kindheit und Entwicklung. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie (2), S. 107-115 [27]

Strojek, K., Wójtowicz, D., Kowalska, J. (2022). Assessment of the emotional state of parents of children starting the Vojta therapy in the context of the physical activity-A pilot study. International Journal of Environmental Research and Public Health 19 (17). DOI: 10.3390/ijerph191710691. [30]

Thiesen-Hutter, M., Psychologie und Neurophysiotherapie Vojtas: Gruppenvergleich zwischen frühbehandelten u. bisher unauffälligen Vorschulkindern. Stuttgart: Enke 1982, ISBN 3-432-93061-5 [33]

Thiesen-Hutter M. (1982). Dissertationsschrift „Psychologie und Neurophysiotherapie Vojtas auf geistige Entwicklung und Verhalten.“, Enke-Verlag, Stuttgart 1982 [32]

Anhang: Originalantworten auf Frage 16

Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)

Hierzu können wir mangels Expertise in der Behandlung von Säuglingen und Kindern keine Stellungnahme abgeben.

Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten – IFK e.V.

Es darf davon ausgegangen werden, dass sich Gesellschaft und die damit einhergehenden Strukturen seit den 1950er Jahren entwickelt haben. Die Abkehr der bis in die unmittelbare Nachkriegszeit vorherrschenden klassischen Millieus, führte allmählich zu eine Transformation der Gesellschaft durch verschiedene Entwicklungsschritte in ihre heutige Gestalt. Damit einhergehend lässt sich auch ein verändertes Verständnis von Mutter- bzw. Eltern-Kind-Bindungen nachvollziehen. Früher stand die psychische Belastbarkeit und Stress von Säuglingen und Kindern weniger im Fokus der Betrachtung. Die Erkenntnisse aus der Entwicklungspsychologie zeigen, dass stressreiche oder unangenehme Behandlungssituationen negative Auswirkungen auf das Kind haben können, insbesondere wenn sie mit Angst, Unwohlsein oder Schmerz verbunden sind.
Müttern ist heutzutage gerade im Säuglingsalter die Entwicklung einer guten Mutter-Kind-Beziehung sehr wichtig. Stress wird zunehmen kritisch betrachtet. Stressvermeidung ist in Zeiten von Überforderung ein viel diskutiertes Thema.

Daneben gehen Lerntheorien davon aus, dass man unter Stress nicht lernen kann. Das führt dazu, das insbesondere Mütter Therapien zunehmend kritisch prüfen und Ihre Kritik auch äußern.

Entwicklungstheorien im Zeitverlauf

Entwicklungstheorien bieten sich in der Frühintervention als handlungsleitende Theorien an, um die sensomotorische Entwicklung eines Säuglings oder Kleinkindes mit einer sensomotorischen Beeinträchtigung oder einem Risiko dafür zu fördern. Bis in die 80er Jahre des letzten Jahrhunderts waren Denken und Handeln weitgehend von der biologischen Reifungstheorie nach Gesell[1] bestimmt. Laut dieser Theorie ist die sensomotorische Entwicklung stark genetisch determiniert, hierarchisch organisiert und primär von angeborenen Reifungsprozessen des Gehirns bestimmt. Die fortschreitende sensomotorische Entwicklung wurde als Resultat einer zunehmenden kortikalen Kontrolle über tieferliegende neuronale Strukturen angesehen. Sie stellte einen zeitlich streng festgelegten Prozess dar. Inkonsistenz und Variabilität in der sensomotorischen Entwicklung wurde als von der Norm abweichend angesehen.[2]

„Der Umwelt und Erfahrung wurde in diesem Prozess keine oder nur eine minimale Rolle zugeteilt. Die ursprüngliche Vorstellung, dass motorisches Verhalten in den ersten Lebensmonaten primär durch angeborene Reflexe bestimmt werden, wurde durch die Erkenntnis, dass die spontane intrinsische Aktivität – eine wesentliche Eigenschaft des Gehirns – das frühe motorische Verhalten prägt, ersetzt[3] .Zu Beginn der 90er Jahre des letzten Jahrhunderts entstanden neue Theorien, welche der Umwelt und Erfahrung eine zentrale Rolle einräumten.“ [4]

Die stete Transformation gesellschaftlicher Realitäten, bindungstheoretischer Erkenntnisse sowie psycho-sozialer Entwicklungen und Notwendigkeiten, verlangt eine stete Anpassung therapeutischer Konzepte und Methoden, deren Kern die besondere Berücksichtigung insbesondere psychischer und sozialer Entwicklungsfaktoren ist.

Inwieweit die Vojta-Therapie sich hier verändert hat, kann nicht sicher beurteilt werden. Hierzu müssten alle Curricula der Vojta-Therapie seit Entwicklung der Vojta-Therapie in den 1950er bis 1970er Jahren gesichtet und unter Einbezug von Entwicklungstheorien im Zeitverlauf beurteilt werden.

Literatur

[1] Gesell AL Maturation and the pattering of behavior In: Murchison C, Ed A hand-book of child psycology, 2 Ed Worcester: Clark University Press; 1933 [11]

[2] Akhbari Ziegler, S., M Hadders-Algra, M. (2020). Das »Infant Motor Profile« Eine Methode zur Entwicklungsbeurteilung, Planung der Frühintervention und Vorhersage der Entwicklung. pädiatrische praxis 94, 39–49 (2020) Mediengruppe Oberfranken – Fachverlage GmbH & Co KG, S. 39 ff. [1]

[3] Hadders-Algra M Early human motor development: from variation to the ability to vary and adapt Neurosci BiobehavRev 2018; 90: 411–427 [13]

[4] Akhbari Ziegler, S., M Hadders-Algra, M. (2020). **Das »Infant Motor Profile«** Eine Methode zur Entwicklungsbeurteilung, Planung der Frühintervention und Vorhersage der Entwicklung. pädiatrische praxis 94, 39–49 (2020) Mediengruppe Oberfranken – Fachverlage GmbH & Co KG, S. 41

DMGP

Keine relevante Patientengruppe in der umfassenden Behandlung Querschnittgelähmter an Querschnittgelähmtenzentren, deshalb kann diesbezüglich keine Aussage getroffen werden.

Bobath Zukunft! e. V.

Aktuelle Erkenntnisse u.a. aus der Bindungsforschung, zur Bedeutung der Stressregulation in der frühen Kindheit und zum motorischen Lernen haben die Sorgen zur kindlichen Entwicklung unter Vojta-Therapie eher verstärkt. Bislang gibt es keine ausreichende Studienlage zur Vojta-Therapie oder Bestandteilen daraus, die diese Bedenken widerlegen können.

VIFF-BV

Die Herangehensweise hat sich grundsätzlich geändert seit den 70er Jahren.
Die Kleinkindforschung hat in der Herangehensweise in der Behandlung von Säuglingen und Kleinkindern Einzug gehalten, nicht nur in der Vojta-Therapie- auch z.B. in der Verhaltenstherapie, Wahrnehmung der kindlichen Signale, Eltern-Kind-Beziehung.
In der Vojta-Therapie-Ausbildung werden diese Aspekte selbstverständlich berücksichtigt und vermittelt. Die Supervision gehört heute zu den Qualitätsstandards.

VIFF-Sachsen Lebenshilfe Dresden

Ja, es wird gut auf Eltern und Kinder und deren Befindlichkeiten eingegangen, das heißt, es ist ein Miteinander in der Therapie.

DGOU

Das Bewusstsein für eine schwierige Interaktion zwischen Kind und Bezugsperson(en) ist durch die zunehmenden Berichte über eventuelle Spätschäden sensibilisiert worden. Allerdings hat dies noch nicht dazugeführt, hierzu dringend nötige Studien aufzusetzen. Dennoch ist unter den Vojta-Therapeuten erkennbar geworden, dass ein sensiblerer Umgang mit diesen Themen auch frühzeitig mit Beginn der Therapie nötig ist, um erfolgreich zu Ende therapieren zu können. Deshalb wird immer stärker der individualisierte Charakter der Vojta-Therapie herausgestellt.
Von vielen Betroffenen mit neurologisch erkrankten Kindern wird aber ebenso der unschätzbare Wert der Vojta-Therapie herausgehoben.

Physio-Deutschland

Die grundlegenden Wirkprinzipien der Vojta-Therapie sind weiterhin gültig und haben sich in der Praxis bewährt. Neue wissenschaftliche Erkenntnisse werden kontinuierlich berücksichtigt und im Rahmen der

zertifizierten Weiterbildungsmaßnahmen sowie in den regelmäßigen Fortbildungen der regionalen Arbeitskreise systematisch vermittelt.

Gesellschaftliche Veränderungen sowie neue Anforderungen in der Versorgungspraxis finden bei der Vermittlung und Anwendung der Therapie ebenfalls Berücksichtigung. Dies betrifft unter anderem den Wandel in Erziehungsstilen, eine veränderte Patientenklientel – etwa mit zunehmenden Verhaltensauffälligkeiten oder einem höheren Anteil schwerst-mehrfachbehinderter Kinder, beispielsweise im Zusammenhang mit Flucht- und Migrationsbewegungen – sowie den sensiblen Umgang mit soziokulturellen Aspekten. Hierzu zählen unter anderem das gestiegene Durchschnittsalter von Eltern, variierende Belastbarkeiten der Bezugspersonen, sprachliche und religiöse Diversität, veränderte Erwerbsbiografien sowie unterschiedliche familiäre Lebensformen.
Diese Aspekte fließen heute selbstverständlich in die Aus- und Fortbildungsinhalte ein und haben gegenüber früheren Jahrzehnten – insbesondere im Vergleich zur Zeit der Etablierung der Methode vor rund 50 Jahren – deutlich an Bedeutung gewonnen.

DGPTW

Unserer Kenntnis nach hat sich die Therapieform in den letzten 75 Jahren nicht grundlegend verändert, andererseits werden werden scheinbar vereinzelt mehr Pausen in der Therapiezeit gegeben und das Kind in der Therapie nicht schreien gelassen (dies ist jedoch abhängig von den einzelnen Therapeuten).

Bobath-Vereinigung_Wissenschaftsbeirat

Diese Fragen wurden nicht beantwortet.

Bobath-Vereinigung_Therapeut

Es gibt beides

- die strikten Vojta-Therapeut*innen und
- diejenigen, die mit angepasster Dosierung und Einfühlungsvermögen diese besondere Form der Kindertherapie anpassen, soweit das in dieser vorgegebenen Therapieform möglich ist.

VAKJP

In den 1950er Jahren galt der Säugling vielfach noch als reizoffenes, aber psychisch wenig differenziertes Wesen. Heute ist unbestritten, dass bereits sehr junge Kinder über ausgeprägte Fähigkeiten zur Affektdifferenzierung, zur Beziehungsaufnahme und zur Stressverarbeitung verfügen – jedoch in starkem Maße auf externe Ko-Regulation angewiesen sind.
Auswirkungen auf die Praxis:
Eine moderne Anwendung der Vojta-Therapie müsste diesen Erkenntnissen Rechnung tragen:

- geringere Dauer und Intensität der Anwendung
- stärkere Beziehungsorientierung
- Einbettung in ein bindungsförderliches therapeutisches Setting
- regelmäßige psychologische Begleitung der Bezugspersonen

Zusammenfassende Bemerkung: Die Vojta-Therapie ist aus physiotherapeutischer Sicht ein anerkanntes Verfahren zur Behandlung motorischer Entwicklungsstörungen. Aus psychotherapeutischer Sicht ergeben sich jedoch erhebliche Bedenken bei der Anwendung im Säuglings- und Kindesalter. Insbesondere die fehlende beziehungsorientierte Rahmung, die Möglichkeit der affektiven Überforderung und das Risiko langfristiger Regulations- und Beziehungsschäden müssen berücksichtigt werden.
Eine verantwortungsvolle Anwendung erfordert:
strenge Indikationsstellung

- interdisziplinäre Begleitung
- Schulung und psychodynamische Unterstützung der Bezugspersonen
- achtsame Beobachtung affektiver Reaktionen des Kindes
- Bereitschaft zur Adaptation und ggf. Umstellung der Therapie

Inwieweit diese Art der Behandlung sich negativ auf die frühe Beziehung und Bindungsentwicklung auswirkt ist sicherlich davon abhängig, wie es den Eltern gelingt dieses Spannungsfeld im Wissen um die Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit für die Entwicklung ihres Babys auszuhalten und wie gut diese darin evtl. auch psychologisch-psychotherapeutisch begleitet sind, diese Affekte von Zumutung, Schmerz und Stress auszuhalten, zu regulieren und zu containen.

DGNR

Insgesamt ist die therapeutische Einstellung bzgl. der Behandlung von Kindern weniger mechanistisch-restriktivpaternalistisch und versucht in höherem Ausmaß, offensichtliche Präferenzen zu berücksichtigen, gerade auch um die Eltern-Kind-Beziehung nicht zu gefährden. Es ist uns aber nicht bekannt, dass dies grundlegenden Eingang in die Therapie gefunden hätte.

GNP

Die fachliche Einschätzung von früher „notwendig" hat sich zu heute „nicht indiziert" geändert; diese Änderung hat aber keinen Eingang in die restriktiv-schematische — Exklusivität, Spezifität und Singularität (unbelegt) behauptende — Vojta-Therapie gefunden

DGSPJ

Grundsätzlich ist eine starke Sensibilisierung bezüglich der psychischen Sensibilität über die Zeit zu beobachten. Ein entsprechend achtsamer und empathischer Umgang mit Säuglingen, Kleinkindern und Kindern ist nach unserer Ansicht heutzutage zum Standard geworden.

VPT

Die gesellschaftliche Einstellung zur Erziehung von Kindern hat sich seit den 1950-er Jahren verändert. Über erziehungswissenschaftliche Ansätze können wir an dieser Stelle keine Aussage machen. Jedoch ist allgemein deutlich, dass Bedürfnissen von Kindern schneller und umfassender begegnet wird. Dass Weinen im Rahmen eines Therapiesettings gegebenenfalls anders bewertet wird, als es in den 1950-er Jahren getan wurde, liegt nahe. Ob dies zu einer Veränderung der Art und Weise der Durchführung der Therapie bewirkt hat, können wir nicht mit ausreichender wissenschaftlicher Expertise beurteilen.

IVG

Das Kind mit seinem Wohlbefinden war und ist stets im zentralen Fokus der Therapie.
Insgesamt hat sich die Eltern-Kind-Beziehung von 1950 bis heute verändert, die gesellschaftlichen Gegebenheiten sind andere. In den 1950er Jahren stand eine strengere Disziplin im Vordergrund, so war ein fester Tages-Rhythmus für das Füttern, Wickeln, Schlafen, Baden und Spazieren-Gehen ganz normal. Vor diesem Hintergrund stellte die Arbeit von Dr. Václav Vojta allerdings schon einen bemerkenswerten Fortschritt dar. Entgegen der damaligen Lehrmeinung erkannte Vojta früh, dass das Verhalten und die Entwicklung von Säuglingen nicht nur reflexhaft, sondern zielgerichtet im Dienst der Orientierung, Interaktion und Kommunikation erfolgt.
Heutzutage wird viel mehr Wert auf Dialog gelegt. Eltern versuchen zunehmend, sich auf Augenhöhe mit ihren Kindern zu verständigen und ihre Gefühle zu verstehen, ernst zu nehmen und eine gemeinsame Lösung zu finden. Kinder bekommen mehr Raum, ihre eigenen Interessen und Bedürfnisse zu entwickeln.

Diese veränderte Eltern-Kind-Beziehung spiegelt sich auch in der Durchführung der Reflexlokomotion wider. Im Laufe der Jahre erfolgte zunehmend eine begleitende, fundierte, kritische Reflexion aller mit der Therapie verbundenen Belastungen der Säuglinge, Kinder sowie deren Bezugspersonen.
Die Mehrheit der Kinder und der Bezugspersonen, die in unterschiedlichen Entwicklungsphasen mit der Vojta-Therapie konfrontiert wurden, betrachten im Langzeitverlauf die Behandlungsergebnisse als außerordentlich hilfreich. Die Behandlungsperiode schätzen sie als eine anstrengende Erfahrung ein, die jedoch im Verlauf die Beziehung zwischen dem Kind und der Bezugsperson im Sinn eines zielorientierten Bündnisses eher gestärkt als geschwächt haben.
In einer Dissertationsschrift von Thiessen-Hutter, M. „Psychologie und Neurophysiotherapie Vojtas – ein Gruppenvergleich zwischen frühbehandelten und bisher unauffälligen Vorschulkindern“ erfolgte eine differenzierte Analyse von belastenden Faktoren und Bedingungen. Die angenommene Hypothese, dass bei Kindern mit länger währenden Folgen der Belastung durch die Vojta-Therapie gerechnet werden müsse, konnte nicht bestätigt werden. [33]
Über viele Jahre hat sich die IVG mit verschiedensten psychologischen Konzepten auseinandergesetzt, um die anfordernde Therapiesituation von Kind und Eltern optimal zu gestalten. Dieses Wissen wird in den Weiterbildungskursen, Workshops und Arbeitskreisen an Physiotherapeut:innen und Ärzt:innen weitergegeben.
Zudem hat sich das Spektrum der Krankheitsbilder und damit die Anwendung der Reflexlokomotion in diesem Zusammenhang verändert.
Die verständnisvollere Reflexion des kindlichen Verhaltens und der Eltern-Kind Interaktion haben zu einer Zunahme der Achtsamkeit in der therapeutischen Herangehensweise geführt.
Fritz Jansen, Uta Streit [18]
Fähig zum Körperkontakt
Körperkontakt und Körperkontaktstörungen – Grundlagen und Therapie – Babys, Kinder & Erwachsene – IntraActPlus-Konzept

Abteilung Fachberatung Medizin

Überprüfung der HeilM-RL hinsichtlich der Regelungen zur Krankengymnastik zur Behandlung von ZNS-Erkrankungen

Rückmeldungen zum Themenkomplex III:

Durchführung

Auftrag / Anfrage von: AG Heilmittel-RL

Bearbeitet von: FBMed

Datum: 29. August 2025

Letzte Aktualisierung: 29. August 2025

Dateiname: STN_Vojta_Teil_III_2025-08-29.docx

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis 3
Abkürzungsverzeichnis 4
1 Sachverhalt 5
2 Methodisches Vorgehen 6
3 Ergebnisse 7
3.1 Vojta-Therapie als eigenständige Therapieform oder in Kombination 7
3.2 Elemente der Behandlung nach Vojta und Behandlungstechniken 16
3.3 Bedeutung der Bezugspersonen im Rahmen der Vojta-Therapie 26
3.4 Vojta-Therapie im häuslichen Umfeld 33
4 Zusammenfassung 38
Referenzen 44
Anhang: Originalantworten auf Frage 3 50
Anhang: Originalantworten auf Frage 6 57
Anhang: Originalantworten auf Frage 8 65
Anhang: Originalantworten auf Frage 9 70

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Rückmeldungen zu Frage 3..... 9
Tabelle 2: Zitierte Quellen zu Frage 3..... 14
Tabelle 3: Rückmeldungen zu Frage 6..... 17
Tabelle 4: Zitierte Quellen zu Frage 6..... 25
Tabelle 5: Rückmeldungen zu Frage 8..... 27
Tabelle 6: Zitierte Quellen zu Frage 8..... 32
Tabelle 7: Rückmeldungen zu Frage 9..... 34

Abkürzungsverzeichnis

ADL	Activities of Daily Living / Aktivitäten des täglichen Lebens
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.
CI	Konfidenzintervall
CP	Cerebralparese
DGKJ	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V.
DGN	Deutsche Gesellschaft für Neurologie e. V.
DGNR	Deutsche Gesellschaft für Neurorehabilitation e. V.
DGOU	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V.
DGPTW	Deutsche Gesellschaft für Physiotherapiewissenschaft e. V.
DGSPJ	Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie e. V.
DMGP	Deutschsprachige Medizinische Gesellschaft für Paraplegiologie e. V.
ESKB	Eltern-Säuglings-Kleinkind-Beratung
FBMed	Fachberatung Medizin
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GNP	Gesellschaft Neuropädiatrie e. V.
HeilM-RL	Heilmittel-Richtlinie
HMK	Heilmittelkatalog
IFK	Interessengemeinschaft freiberuflicher Krankengymnasten / heute: Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten – IFK e. V.
IVG	Internationale Vojta Gesellschaft e. V.
MS	Multiple Sklerose
NDT	Neurodevelopmental treatment / Bobath Konzept
Pat.	Patientin/Patient oder Patientinnen/Patienten
PNF	propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation
RCT	randomisierte kontrollierte Studie
SPZ	Sozialpädiatrisches Zentrum
SR	systematischer Review
UE	Unterrichtseinheit/en
VAKJP	Vereinigung für analytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in Deutschland
VIFF-BV	Vereinigung für Interdisziplinäre Frühförderung – Bundesvereinigung e. V.
VPT	Verband für Physiotherapie e. V.
Vrg.	Vereinigung
VT	Vojta-Therapie
WB	Wissenschaftsbeirat
ZKS	Zentrale Koordinationsstörungen
ZNS	Zentrales Nervensystem

1 Sachverhalt

Mit Beschluss des G-BA vom 16. Januar 2025 wurde ein Beratungsverfahren zur Überprüfung der Regelungen zur Krankengymnastik zur Behandlung von ZNS-Erkrankungen der HeilM-RL eingeleitet. Vor diesem Hintergrund hat der G-BA eine schriftliche Expertenbefragung mit Hilfe eines Fragebogens durchgeführt.

In ihrer Sitzung am 26.06.2025 tauschte sich die AG HeilM-RL hierzu erstmalig aus und vereinbarte, die FBMed zur Aufbereitung wie folgt zu beauftragen:

Aufgrund der umfangreichen Rückmeldung zur Expertenbefragung bittet die AG HeilM-RL die FBMed um Sichtung sowie Strukturierung der eingegangenen Rückmeldung der Experten sowie um eine Einordnung der der jeweiligen Fragestellung beigefügten Literatur im Hinblick auf die gegebenen Expertenantworten.

Dabei bittet die AG HeilM-RL die Aufbereitung nach folgenden Themenkomplexen zu strukturieren:

I. Indikationen/Kontraindikationen
   (Fragen 4 und 5)
II. Schädigungen/Nebenwirkungen/Langzeitfolgen
   (Fragen 10, 13, 14, 15 und 16)
III. Durchführung
   (Fragen 3, 6, 8 und 9)
IV. Vergleich Vojta vs. andere Therapien
   (Fragen 7, 11 und 12)
V. Wirkprinzipien/Entwicklung Therapiekonzept
   (Fragen 1 und 2)

2 Methodisches Vorgehen

Der dritte Themenkomplex bzgl. der Durchführung umfasst die Fragen 3, 6, 8 und 9 aus dem Teil I (allgemeine Fragen zur Vojta-Therapie) (siehe Unterkapitel 3.1 bis 3.4).

Die vollständigen Originalantworten zu den Fragen 3, 6, 8 und 9 finden sich im Anhang.

Für die Operationalisierung wurden Exzerpte der Antworten erstellt (siehe Ergebnisteil). Dabei wurden auch die jeweils angegebenen Literaturstellen überprüft und bzgl. Aussage und Evidenzstufe eingeordnet.

Bewertung der genannten Evidenzquellen

Die Zuordnung nach Evidenzstufen orientiert sich an der Bewertung therapeutischer Methoden gemäß Verfahrensordnung §11 des G-BA [8]:

a) I a systematische Übersichtsarbeiten von Studien der Evidenzstufe I b,
b) I b randomisierte klinische Studien,
c) II a systematische Übersichtsarbeiten von Studien der Evidenzstufe II b,
d) II b prospektive vergleichende Kohortenstudien,
e) III retrospektive vergleichende Studien,
f) IV Fallserien und andere nicht vergleichende Studien,
g) V Assoziationsbeobachtungen, pathophysiologische Überlegungen, deskriptive Darstellungen, Einzelfallberichte, nicht mit Studien belegte Meinungen anerkannter Expertinnen und Experten, Berichte von Expertenkomitees und Konsensuskonferenzen.

Für Leitlinien wurde die Klassifikation nach AWMF angegeben. Da sich Bücher bzw. Buchkapitel nicht unter die Evidenzstufen I bis IV einordnen lassen, wurde ihnen die Evidenzstufe V zugeordnet. Hiermit ist jedoch keine Bewertung der Qualität oder des fachlichen Niveaus der jeweiligen Abhandlung verbunden.

Eine Bewertung der methodischen Qualität der zitierten Studien wurde nicht vorgenommen.

Insgesamt wurden 27 verschiedene Quellen zu den Fragen 3, 6, 8 und 9 in den 17 ausgefüllten Fragebögen, die im Rahmen der Expertenbefragung eingingen, zitiert.

3 Ergebnisse

Im Ergebnisteil finden sich die Antworten der Stellungnehmenden zur Durchführung der VT, möglicher Kombinationen mit anderen Therapieformen (siehe Unterkapitel 3.1), Angaben zu Elementen der VT und Behandlungstechniken (siehe 3.2) und zur Rolle, die von den Bezugspersonen (siehe Unterkapitel 3.3) in der Umsetzung der VT im häuslichen Umfeld eingenommen wird (siehe Unterkapitel 3.4) in gekürzter Form (ungekürzten Originalantworten siehe Anhang).

3.1 Vojta-Therapie als eigenständige Therapieform oder in Kombination

Die Umsetzung der VT als alleinige Therapie oder in Kombination mit anderen Therapieformen wurde in folgender Frage thematisiert:

Frage 3: Wird die Vojta-Therapie heute noch als eigenständige Therapieform angewandt, oder wird sie in der Praxis zunehmend mit anderen Konzepten kombiniert?

3.1 Falls sie kombiniert wird: Mit welchen anderen Therapieansätzen wird sie häufig verknüpft?

3.2 Gibt es Evidenz zur Wirksamkeit dieser kombinierten Ansätze?

Diese Frage wurde in 14 von 17 Fragebögen beantwortet. 13 Stellungnehmende haben die Unterfrage 3.1 und neun die Unterfrage 3.2 beantwortet (siehe Tabelle 1).

Zur Beantwortung der Unterfragen wurden insgesamt 19 Quellen angegeben, die zwischen den Jahren 1999 [12] und 2025 [28] veröffentlicht wurden (siehe Tabelle 2).

Es wurden drei Cochrane Reviews zu verschiedenen Aspekten der Schlaganfallrehabilitation aufgeführt, die der Evidenzstufe Ia zugeordnet wurden [15,16,21]. In diesen drei Veröffentlichungen wurde weder die Vojta-Therapie noch das Bobath-Konzept genannt.

Eine randomisierte kontrollierte Studie aus dem Bereich der Schlaganfallrehabilitation [6] wurde der Evidenzstufe Ib zugeordnet.

Eine dreiarmige randomisierte Studie mit Kindern, die neuromotorische Entwicklungsverzögerungen aufwiesen [14], konnte aufgrund der unzureichenden Methodenbeschreibung nicht eindeutig der Evidenzstufe Ib zugeordnet werden und wurde deshalb als Ib/IIb eingestuft.

Es wurden zwei systematische Übersichtsarbeiten (Evidenzstufe IIa) von den Stellungnehmenden angegeben:

Die Arbeitsgruppe Sánchez-González (2024) untersuchte die Vojta-Therapie in einem systematischen Review (SR) mit Metaanalyse sowohl bei Erwachsenen als auch bei Säuglingen und Kindern in verschiedenen Indikationen [17].

Sanchez et al. (2022) [18] führten, basierend auf einem systematischen Review zu Physiotherapien zur Verbesserung der Körperhaltung bei Kindern mit Zerebralparese, eine Befragung von Therapeutinnen und Therapeuten durch.

Eine nichtrandomisierte vergleichende Interventionsstudie zur Laufbandtherapie und VT bei akuter inkompletter Querschnittlähmung wurde der Evidenzstufe IIb zugeordnet [24].

Es wurden sechs Fallserien oder nichtvergleichende Studien aufgeführt: davon drei an Erwachsenen und drei mit Kindern [11,12,13,22,26,28].

Fünf Quellen der Evidenzstufe V wurden zitiert [1,5,23,25,27]: zwei narrative Reviews, zwei Editorials und ein Buch mit einer umfangreichen Zusammenstellung von Behandlungsverläufen unter der VT (siehe Tabelle 2).

Tabelle 1: Rückmeldungen zu Frage 3

	Frage 3: Wird die Vojta-Therapie heute noch als eigenständige Therapieform angewandt, oder wird sie in der Praxis zunehmend mit anderen Konzepten kombiniert?	
	3.1 Falls sie kombiniert wird: Mit welchen anderen Therapieansätzen wird sie häufig verknüpft?	3.2 Gibt es Evidenz zur Wirksamkeit dieser kombinierten Ansätze?
Fachgesellschaften aus dem Bereich Neurologie		
DGN	- VT wird bei Erwachsenen als eigenständige Therapie oder in Kombination umgesetzt - VT als Basistherapie zur Aktivierung (z. B. Selbstständigkeitstraining, Mobilisation, Gangschule, Ergotherapie) - Kombination von Therapieansätzen sinnvoll bei Schlaganfallpat.	- Keine Studien bekannt, obwohl Zahl der Veröffentlichungen zur Schlaganfallrehabilitation in den letzten 20 Jahren exponentiell gewachsen ist [5,25] - nicht bekannt, welche spezifische Therapie oder Kombination verschiedener Therapien zu einer Funktionsverbesserung führt [1] - keine Überlegenheit eines Therapieverfahrens [21] - bei Schlaganfallpat. wird überwiegend das Bobath-Konzept eingesetzt [13] **Anmerkungen FBMed**: - [1,5,21,25] ohne Nennung von Vojta oder Bobath - die Quelle Lennon S. (1996) konnte nicht gefunden werden.
DGNR	- VT versteht sich als überwiegend eigenständige Therapieform - in geringem Umfang Kombination der VT mit anderen Verfahren - Vojta-Therapeutinnen und -Therapeuten haben häufig Weiterbildung (z. B. Bobath oder PNF)	./.
Fachgesellschaften mit Fokus auf Kinder		
DGSPJ/DGKJ	- bei Säuglingen und Kleinkindern Kombination von VT mit: o ausführlicher Handling Beratung o Elementen aus dem Bobath-Konzept o Vibrationstherapie nach Galileo	- keine Studien bekannt, die die Wirksamkeit verschiedener physiotherapeutischer Verfahren vergleichen - [1,5,21,25] **Anmerkungen FBMed**: [1,5,21,25] ohne Nennung von Vojta oder Bobath

	Frage 3: Wird die Vojta-Therapie heute noch als eigenständige Therapieform angewandt, oder wird sie in der Praxis zunehmend mit anderen Konzepten kombiniert?	
	3.1 Falls sie kombiniert wird: Mit welchen anderen Therapieansätzen wird sie häufig verknüpft?	3.2 Gibt es Evidenz zur Wirksamkeit dieser kombinierten Ansätze?
	○ Manueller Therapie, insbesondere bei Säuglingen mit ZKS und zusätzlichen funktionellen Störungen der Wirbelsäule ○ Kombination mit Osteopathie insbesondere bei Säuglingen mit ZKS nach schwierigen Geburten - Erwachsene: VT bei Schlaganfall ○ Einsatz als eigenständige Therapie aber auch mit anderen Therapieansätzen ○ VT als Basistherapie zur Aktivierung (Selbstständigkeitstraining, Mobilisation, Gangschule, Ergotherapie) **Anmerkung FBMed**: siehe Aussagen der DGN	
GNP/DGKJ	- Umsetzung nur ausnahmsweise als reine VT oder Bobath Therapie - [18] beschreibt mögliche Kombinationen - vergleichbar der Umsetzung in Deutschland	- Keine Untersuchungen hierzu bekannt - VT erhebt Anspruch als exklusive physiotherapeutische Methode ausreichend und überlegen zu sein.
VAKJP	./.	
Weitere Fachgesellschaften		
DGOU	- VT wird sowohl als eigenständige Therapieform als auch in Konzepten mit anderen Therapieformen angewandt - Häufig Kombination mit Bobath oder mit manualtherapeutischen Techniken - Individualisierter Einsatz	Zwei Pilotstudien: positive Evidenz für Kombination von VT und Bobath [14,22]
DGPTW	- VT ist eine gute Basis im interdisziplinären Setting ○ Über die VT Aktivierung der orofazialen Muskulatur vor einer logopädischen Behandlung ○ Aktivierung mit VT bei akuten Rückenschmerzen ermöglicht aktives Training	./.

	Frage 3: Wird die Vojta-Therapie heute noch als eigenständige Therapieform angewandt, oder wird sie in der Praxis zunehmend mit anderen Konzepten kombiniert?	
	3.1 Falls sie kombiniert wird: Mit welchen anderen Therapieansätzen wird sie häufig verknüpft?	3.2 Gibt es Evidenz zur Wirksamkeit dieser kombinierten Ansätze?
	○ Kombination von VT mit Bobath, Krafttraining, ADL-Training, Elternanleitung etc.	
DMGP	- Kann mit allen anderen Therapiekonzepten kombiniert werden - Mögliche Kombination mit neuromodulativen Ansätzen (transkutane Rückenmarkstimulation) – keine Evidenzbelege hierzu bekannt - Multimodaler Behandlungsansatz nach Schlaganfall [15,16] ○ bei Schlaganfall und Querschnittslähmung jeweils Schädigung des ZNS, deshalb Ansatz übertragbar/vergleichbar **Anmerkung FBMed**: [15,16] keine Nennung von Vojta oder Bobath	- Keine Evidenz für Behandlung von Querschnittslähmungen mit VT allein oder in Kombinationen mit anderen Therapieformen [23] - Geringe Effekte der VT in Kombination mit konventioneller Therapie [17]
Organisation der Leistungserbringer		
IFK	- VT als eigenständige Therapieform aber auch in Kombination (z. B. mit Bobath) - Interprofessionelle Zusammenarbeit mit Ergotherapeutinnen und -therapeuten und Logopädinnen und Logopäden	- Zwei Pilotstudien zur Kombination von VT und Bobath: - Rehabilitatonsprogramm bei CP [22]: ○ VT zur Aktivierung und anschließend Bobath ○ entspricht nicht der ambulanten Versorgungspraxis - Therapie von Kindern mit Störungen der motorischen Entwicklung [14]: Kombination VT-Bobath versus VT versus Bobath
Physio Deutschland	- VT als alleinige Anwendung oder Baustein im interdisziplinärem Therapieansatz - Verbesserung der Körperhaltungssteuerung schafft optimale Voraussetzungen für Ergotherapie, Logopädie und Frühförderung - Bei einigen Diagnosen Kombination von VT mit manueller Therapie, Bobath, Osteopathie	[6,12]

	Frage 3: Wird die Vojta-Therapie heute noch als eigenständige Therapieform angewandt, oder wird sie in der Praxis zunehmend mit anderen Konzepten kombiniert?	
	3.1 Falls sie kombiniert wird: Mit welchen anderen Therapieansätzen wird sie häufig verknüpft?	3.2 Gibt es Evidenz zur Wirksamkeit dieser kombinierten Ansätze?
	- Stationär: vor aktivierender Pflegeeinheit und zur Verbesserung der Nahrungsaufnahme in der Neonatologie	
VPT	./.	- VT im HMK [7] enthalten und mit eigenständiger Weiterbildung - Vermischung von Bobath und VT nach Ermessen der Therapeutinnen und Therapeuten - Vorgehen gehört zur individuellen Therapieplanung und ist somit nicht nachweisbar - Pilotstudien zur Kombination von VT und Bobath [14,22]
Fachverband		
IVG	- Anwendung der VT als eigenständige Therapie und in Kombination - Therapie- und Teilhabeziele werden gemeinsam mit Pat. und/oder deren Bezugspersonen festgelegt und bestimmen die Auswahl und Kombination der Therapien - Vielzahl an Einzelfallberichten in [27]	
	- Kombination, wenn Therapien synergistisch wirken - **Säuglings- und Kinderbereich**: o Kombination von manueller Therapie, Osteopathie, Castillo-Morales Konzept zur orofazialen Therapie o VT und Bobath im Bereich des Handlings o frühkindlichen Regulationsstörungen: Kombination mit entwicklungspsychologischer Beratung oder Hilfeangeboten z. B. durch ESKB (Eltern-Säuglings-Kleinkind-Beratung) in SPZ o als Basistherapie Ergänzung zu Logopädie, Heilpädagogik, Motopädie - **Erwachsenenbereich:** o Kombination manuelle Therapie, Osteopathie	[11,22,24,26,28] - Durchführung von Studien auf hohem Evidenzniveau schwierig, da individuelle Interaktion im therapeutischen Prozess bzw. individuell zugeschnittene Therapiekombinationen die methodische Komplexität erhöht. - *„..ohne dass das Fehlen entsprechender Studien als Nachweis für eine unzureichende oder fehlende Wirksamkeit interpretiert werden darf.“* - Hervorhebung von RCT [11]: VT in Kombination mit Laufbandtherapie bei Pat. mit MS

	Frage 3: Wird die Vojta-Therapie heute noch als eigenständige Therapieform angewandt, oder wird sie in der Praxis zunehmend mit anderen Konzepten kombiniert?	
	3.1 Falls sie kombiniert wird: Mit welchen anderen Therapieansätzen wird sie häufig verknüpft?	3.2 Gibt es Evidenz zur Wirksamkeit dieser kombinierten Ansätze?
	○ funktionelles und aufgabenspezifisches Training, Spiegeltherapie, Mobilisations- und Gangschulkonzepte, Laufbandtraining (bei MS [11] und bei Querschnittslähmung [24]) - grundsätzlich eher Kombination mit bahnenden, aktivierenden Maßnahmen als mit passiv-aufrichtenden Behandlungsformen - gilt auch für Kombination VT und Versorgung mit Hilfsmitteln (z. B. Einlagenversorgung, Orthesen, Rollstuhl)	
VIFF-BV	- Therapieabstimmung je nach den Bedürfnissen der Betroffenen und Angehörigen - Häufige Kombination mit Bobath - Kombination mit Hilfsmittelversorgung	./.
VIFF-Sachsen	- Eigenständige Verordnung und Durchführung - Zweitverordnung für weitere Therapieformen notwendig	./.
Bobath Zukunft	./.	
Bobath Vrg. WB	./.	
Bobath Vrg. Therapeutin	Mögliche Kombination der VT mit Bobath	./.

Tabelle 2: Zitierte Quellen zu Frage 3

Autor (Jahr)	Evidenzstufe	Population	Zitiert von	Anmerkungen
Bernhardt & Cramer (2013) [1]	V	Schlaganfallrehabilitation	DGN DGSPJ/DGKJ	Editorial; keine Nennung von VT oder Bobath
Donnan (2013) [5] ‡	V	Schlaganfallrehabilitation	DGN DGSPJ/DGKJ	Editorial; keine Nennung von VT oder Bobath
Epple et al. (2020) [6]	Ib	Erwachsene mit akutem Schlaganfall	Physio Deutschland	RCT mit 40 Pat., Unterschiede im Ausgangsniveau der Studienpopulation und methodische Schwächen.
Laufens et al. (1999) [12]	IV	Erwachsene mit MS	Physio Deutschland	Fallserie: Kombination aus Laufbandtraining + VT mit 15 Pat.
Laufens et al. (2004) [11]	IV	Erwachsene mit MS und Gangbeeinträchtigung	IVG	Nicht vergleichende Studie zur Abfolge einer Kombination aus einer VT und zwei Laufbandtherapie-Einheiten – Design ungeeignet für einen Effektnachweis
Lennon et al. (2001) [13] *	IV	Erwachsene mit akutem Schlaganfall	DGN	Nicht vergleichende Studie: Befragung von Bobath Therapeutinnen/Therapeuten
Parau et al. (2023) [14]	Ib/IIb^{+}	Kleinkinder mit neuromotorischen Entwicklungsverzögerungen	DGOU IFK VPT	Dreiarmige randomisierte Studie (VT, Bobath, Kombination Bobath + VT), Methoden unzureichend beschrieben
Pollock et al. (2014) [15]	Ia	Erwachsene nach Schlaganfall	DMGP	Systematischer Review von RCTs (Cochrane), Nennung von Bobath, keine Nennung von Vojta/Reflex Lokomotion
Pollock et al. (2007) [16]	Ia	Erwachsene nach Schlaganfall	DMGP	Systematischer Review von RCTs (Cochrane), Nennung von Bobath, keine Nennung von Vojta/Reflex Lokomotion
Sanchez et al. (2022) [18]	IIa	Kinder mit CP	GNP/DGKJ	Systematischer Review und Survey
Sánchez-González et al. (2024) [17]	IIa	Breites Indikationsspektrum bei Erwachsenen und Kindern	DMGP	Systematischer Review und Metaanalyse von randomisierten und nichtrandomisierten Interventionsstudien

Autor (Jahr)	Evidenzstufe	Population	Zitiert von	Anmerkungen
Stroke Unit Trialists Collaboration (2013) [21]	Ia	Erwachsene mit akutem Schlaganfall	DGN DGSPJ/DGKJ	Systematischer Review von RCTs (Cochrane), keine Nennung von Vojta oder Bobath
Ungureanu et al. (2022) [22]	IV	Kinder mit CP	DGOU IFK IVG VPT	Fallserie mit 12 Kindern mit CP; Alter 3-11 Jahre; Kombination aus VT und Bobath
van Hedel (2012) [23]	V	Rehabilitation nach Querschnittsverletzungen	DMGP	Narrativer Review
von Reumont (2012) [24]	IIb	Erwachsene mit akuten inkompletten Querschnittslähmungen	IVG	Konferenzabstract: prospektive vergleichende Kohortenstudie: Laufbandgruppe (11 Pat.): Laufbandtherapie + VT; Kontrollgruppe (10 Pat.): 2 VT Einheiten → Kombinationsbehandlung besser als nur VT
Walker et al. (2013) [25]	V	Schlaganfallrehabilitation	DGN DGSPJ/DGKJ	Narratives Review zur Implementierung; keine Nennung von Vojta oder Bobath
Zmyślna et al. (2019) [26]	IV	Kinder mit Haltungsschäden	IVG	Nichtvergleichende Interventionsstudie mit Kombination aus VT und PNF bei 201 Kindern von 8-15 Jahren (PNF ist gemäß HeilM-RL nur bei Erwachsenen vorgesehen)
Zukunft-Huber (2025) [27]	V	Kinderphysiotherapie	IVG	Buch: Sammlung von Fallberichten
Żurawski et al. (2019) [28]	IV	Jugendliche mit Diskopathie-assoziiertem Syndrom	IVG	Stationäre Behandlung von 28 Jugendlichen im Alter von 15 bis 17 Jahren, Kombination aus McKenzie-Methode und VT

[+] Anhand der beschriebenen Methodik und der weiteren Angaben lässt sich nicht sicher bestimmen, ob es sich wirklich um einen RCT handelt. Es fehlen Angaben z. B. zu Verblindung oder eine Registrierungsnummer.

* Volltext lag nicht vor.

[‡] In der Originalantwort der DGN wird u. a. Donnan 2023 aufgeführt. Hierbei handelt es sich um Donnan 2013.

3.2 Elemente der Behandlung nach Vojta und Behandlungstechniken

Die für die Umsetzung der VT erforderlichen Elemente wurden mit folgender Frage erhoben:

Frage 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?

6.1 Bitte beschreiben Sie diese Bestandteile näher.

6.2 Gibt es einen Unterschied in der Behandlung von Säuglingen und Kindern und Erwachsenen?

6.3 Welcher Anteil der Therapie wird bei der Behandlung von Physiotherapeutinnen und -therapeuten erbracht und welcher Anteil der Therapie ist von den Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige) durchzuführen?

6.3.1 Bei Säuglingen und Kindern?

6.3.2 Bei Erwachsenen?

Auf die Frage 6 des Fragebogens antworteten 14 von 17 Stellungnehmenden. Dabei wurde die Unterfrage 6.1 zu Bestandteilen der VT von elf Stellungnehmenden beantwortet. Die Unterfrage 6.2 wurde von zehn und die Unterfrage 6.3 von zwölf Stellungnehmenden beantwortet. Die GNP/DGKJ gab für die Unterfragen 6.1 und 6.2 eine Antwort. Die DGSPJ/DKGKJ und der VPT gaben jeweils eine Antwort auf den gesamten Fragenkomplex an.

In den Antworten auf die Frage 6 wurden von den Stellungnehmenden insgesamt zwei Quellen genannt: eine randomisierte klinische Studie (Evidenzstufe Ib) aus dem Jahr 2017 [10], in der Säuglinge mit einer Haltungsasymmetrie therapiert wurden sowie ein narrativer Review (Evidenzstufe V) aus dem gleichen Jahr zu Interventionen in der frühen Schlaganfallrehabilitation [2].

Tabelle 3: Rückmeldungen zu Frage 6

	Frage 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?		
	6.1 Bitte beschreiben Sie diese Bestandteile näher.	6.2 Gibt es einen Unterschied in der Behandlung von Säuglingen und Kindern und Erwachsenen?	6.3 Welcher Anteil der Therapie wird bei der Behandlung von Physiotherapeutinnen und -therapeuten erbracht und welcher Anteil der Therapie ist von den Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige) durchzuführen? **6.3.1** Bei Säuglingen und Kindern? **6.3.2** Bei Erwachsenen?
Fachgesellschaften aus dem Bereich Neurologie			
DGN	- Klar definierte Zonen und Ausgangspositionen (Bauch-, Seit-, Rückenlage, Hocke) in denen afferenten Reize gesetzt werden dürfen mit definierten Winkeleinstellungen der Extremitäten. - Keine willentliche Mitarbeit der Pat. erforderlich - Ausgebildeter und zertifizierter Vojta-Therapeut wählt Position und Zonen für die Therapie - Variation der Methoden nach Belastbarkeit und Krankheitsbild - Mobilisation von Pat. mit MS in der Hocke	- Einbeziehung und Anleitung von Erwachsenen in der Therapie von Kindern und Säuglingen durch Vojta Therapeuten	**6.3.1**: ./. **6.3.2**: - Einbindung von Bezugspersonen bei erwachsenen Pat. in Deutschland nicht geläufig - Außerhalb Deutschlands: nicht alle neurologischen Pat. erhalten eine stationäre Rehabilitation [2] - im europäischen Ausland (z. B. Polen und Tschechien): Schulung von Angehörigen in der Umsetzung der VT
DGNR	Aufgrund der kritischen Grundhaltung zur Therapie werden keine	Kein Unterschied bekannt	**6.3.1**: - Einbindung der Eltern – Therapie in der Häuslichkeit mehrmals täglich

	Frage 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?		
	6.1 Bitte beschreiben Sie diese Bestandteile näher.	6.2 Gibt es einen Unterschied in der Behandlung von Säuglingen und Kindern und Erwachsenen?	6.3 Welcher Anteil der Therapie wird bei der Behandlung von Physiotherapeutinnen und -therapeuten erbracht und welcher Anteil der Therapie ist von den Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige) durchzuführen? **6.3.1** Bei Säuglingen und Kindern? **6.3.2** Bei Erwachsenen?
	essenziellen Bestandteile der Therapie gesehen.		- Dogmatische Instruktion führt bei Eltern bei Nichterfüllung zu schlechtem Gewissen und zu Sorge vor einem schlechten Outcome
			6.3.2: - Prinzipiell Möglichkeit des supervidierten Eigen- oder Fremdtrainings. - Für VT nach Ansicht der DGNR nicht relevant
Fachgesellschaften mit Fokus auf Kinder			
DGSPJ/DGKJ	Frage kann wg. mangelhafter Studienlage nicht evidenzbasiert beantwortet werden.		
GNP/DGKJ	Frage kann nicht beantwortet werden, da VT weder theoretisch noch praktisch als belegt oder indiziert angesehen wird.		- „Belastung“ durch Reflex-Maneuver nicht indiziert und wird kritisch gesehen - Forderung an Eltern als „Co-Therapeuten“ das eigene Kind unangenehmen Situationen auszusetzen wird als nicht indiziert und besonders kritisch angesehen
VAKJP	./.		
Weitere Fachgesellschaften			
DGOU	- Reflexkriechen in Bauchlage → Kriechbewegung - Reflexdrehen aus Rücken- und Seitenlage zum → Vierfüßlergang	- Unterschied in der Behandlung, da Rückmeldungen des Pat. andere Herangehensweise des Therapeuten erfordert - Einsatz von gleichen Techniken	**6.3.1**: ein bis mehrmals tägliche Übungseinheiten durch die Bezugsperson bis maximal 20 Minuten pro Einheit **6.3.2**: identische Vorgehensweise bei Erwachsenen

	Frage 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?		
	6.1 Bitte beschreiben Sie diese Bestandteile näher.	6.2 Gibt es einen Unterschied in der Behandlung von Säuglingen und Kindern und Erwachsenen?	6.3 Welcher Anteil der Therapie wird bei der Behandlung von Physiotherapeutinnen und -therapeuten erbracht und welcher Anteil der Therapie ist von den Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige) durchzuführen? **6.3.1** Bei Säuglingen und Kindern? **6.3.2** Bei Erwachsenen?
		- Bei Erwachsenen Zugriff auf zuvor gesunde und normale Bewegungsmuster	
DGPTW	Anamnese/Befundung, Zielformulierung, Aufklärung, Kombination mit aktiver Therapie, gegebenenfalls Anleitung der Eltern, Abschlussbefund		
	- Anamnese, Befundung, gemeinsame Erarbeitung von Zielen, Aufklärung, Abschlussbefund - Möglichst Kombination der VT mit einer aktiven Therapie in selbstständiger Umsetzung durch Pat. - Anleitung der Eltern zur eigenständigen Durchführung - Shared decision Prozess mit SMART formulierten Zielen	- Bei Kindern und Säuglingen mehr Einfühlungsvermögen erforderlich - Anleitung und Aufklärung der Eltern - Grifftechniken und Ausgangsstellungen sind identisch - Erwachsenen können aktiv Therapie ablehnen, Säuglinge nicht	- Abhängig vom Schweregrad der Erkrankung, Compliance der Bezugsperson und vom Stadium der Erkrankung - In Frühphase 2-4 mal täglich VT, kann auch durch die Bezugsperson erfolgen - regelmäßige Supervision durch eine Vojta-Therapeutin/ -Therapeuten notwendig. **6.3.1**: regelmäßige Behandlung durch die Eltern ist sinnvoll **6.3.2**: Häufig gibt es keine Bezugsperson, die die Therapie zusätzlich durchführt.

	Frage 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?		
	6.1 Bitte beschreiben Sie diese Bestandteile näher.	6.2 Gibt es einen Unterschied in der Behandlung von Säuglingen und Kindern und Erwachsenen?	6.3 Welcher Anteil der Therapie wird bei der Behandlung von Physiotherapeutinnen und -therapeuten erbracht und welcher Anteil der Therapie ist von den Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige) durchzuführen? **6.3.1** Bei Säuglingen und Kindern? **6.3.2** Bei Erwachsenen?
DMGP	- Beurteilung des neurologischen Status vor Beginn der Therapie (Tonusverteilung, Haltungsmuster, Reflexaktivitäten, Spontanmotorik) - anschließend Therapieplanung - Aktivierung von exakt festgelegten Zonen aus definierten Positionen mit definierter Druckrichtung und -stärke - Hohe Wiederholungsfrequenz für Therapieerfolg entscheidend - Genaue Durchführung erforderlich - Interdisziplinäre Einbettung und regelmäßige Verlaufskontrollen - Einbettung in Behandlungskonzept mit regelmäßiger Überprüfung und Anpassung der Therapie - Einbezug von Bezugspersonen bei mehrmals täglicher VT	- Unterschiede im Handling und aktivem Miteinbezug der Pat. - Anpassung von Ausgangsstellungen, die beim Erwachsenen nicht immer einnehmbar sind - Praktische Ausführung bleibt gleich - Unterschiedliche Zielsetzungen in der Therapie bei Erwachsenen	**6.3.1**: ./. **6.3.2**: VT wird bei Erwachsenen von Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten durchgeführt
Organisation der Leistungserbringer			

	Frage 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?		
	6.1 Bitte beschreiben Sie diese Bestandteile näher.	6.2 Gibt es einen Unterschied in der Behandlung von Säuglingen und Kindern und Erwachsenen?	6.3 Welcher Anteil der Therapie wird bei der Behandlung von Physiotherapeutinnen und -therapeuten erbracht und welcher Anteil der Therapie ist von den Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige) durchzuführen? **6.3.1** Bei Säuglingen und Kindern? **6.3.2** Bei Erwachsenen?
IFK	./.		
Physio Deutschland	Kenntnisse über Vojta-Prinzip und normale und pathologische motorische Entwicklung - Ausführliche Befundanalyse - Clinical Reasoning: Behandlungsprogramm orientierend am Therapieziel - Therapiedurchführung: Aktivierung, Erkennen und Umgang mit Ausweichmustern, Anpassung an die jeweilige Situation - Elternanleitung: theoretisch und praktisch, Fehlerkorrektur, Erkennen problematischer Therapiesituation, Hilfestellung bzgl. Erkennen und Umgang mit Kommunikationssignalen des Kindes (Mimik, Vokalisation, Blickkontakt); Ansprache des Kindes / Stimmführung, Beruhigungsstrategien	- Grifftechniken bei Säuglingen, Kindern und Erwachsenen sind unterschiedlich → Kinderkurs mit 320 Unterrichtsstunden und → Erwachsenenkurs mit 240 Unterrichtsstunden - Unterschiedliche Anleitung, Korrektur der Ausgangslagen kann von erwachsenen Pat. mit Unterstützung selbstständig umgesetzt werden - mit Erwachsenen verbale Kommunikation möglich	**6.3.1**: - Therapie erfolgt regelmäßig in der Praxis - individuelle Anpassung: Intensität, Häufigkeit, Diagnose, Belastbarkeit von Kind und Eltern - Die Verteilung der Anteile richtet sich nach dem Schwerpunkt der Therapiesituation. - Kontrolle mit Korrektur, Einführung neuer Ausgangsstellung, Umstellung und Erweiterung des Hausprogrammes - mehrmals täglich Durchführung zuhause durch die Eltern - Besprechen der Probleme der Umsetzung im Alltag und Hilfestellung (u. a. Handling, Regulationsprobleme, Befürchtungen, Sorgen) - „intra act Konzept“ Fortbildung einiger Therapeuten **6.3.2**: - Besprechung der Probleme bei der Umsetzung (Durchführung, Belastbarkeit, Zeitmanagement) - Gestaltung der Therapie je nach Verfügbarkeit von Co-Therapeuten (selbstständig / in der Praxis)

	Frage 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?		
	6.1 Bitte beschreiben Sie diese Bestandteile näher.	6.2 Gibt es einen Unterschied in der Behandlung von Säuglingen und Kindern und Erwachsenen?	6.3 Welcher Anteil der Therapie wird bei der Behandlung von Physiotherapeutinnen und -therapeuten erbracht und welcher Anteil der Therapie ist von den Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige) durchzuführen? **6.3.1** Bei Säuglingen und Kindern? **6.3.2** Bei Erwachsenen?
	- Theoretische Inhalte siehe Curriculum der IVG		
VPT	Keine Wertung zur Wichtigkeit/Erforderlichkeit konkreter Elemente der VT. Vorgeschriebenes Konzept, das einer inhaltlichen Logik folgt, mit erforderlichen Elementen (Ausgangspositionen, Auslösen der Reflexlokomotion)		
Fachverband			
IVG	Relevanz: Bereitstellung einer Therapie, die nicht auf Ersatzmuster oder Willkürmotorik zurückgreift. Besonders bei Schädigungen des ZNS.		
	- Definierte Ausgangslagen mit definierten Winkelpositionen der Gelenke ggf. mit individueller Anpassung bei unmöglicher Durchführung z. B bei Schmerzen - Definierte Zonen zum Auslösen der Reflexlokomotion - Individuelle Adaption der Druckstärke – Afferenz – und Kombination der Zonen ist zu beachten - Voraussetzung: kinesiologische und muskuläre Kenntnisse über Reflexlokomotion - Vermeidung/Reduktion von Ausweichbewegungen durch entsprechende Therapiegestaltung	- Bei Kindern befindet sich die neuromotorische Funktionsdifferenzierung in einem Entwicklungsprozess, der bei Erwachsenen bereits abgeschlossen ist. - VT versucht bei Säuglingen/Kindern in den Entwicklungsprozess einzugreifen und somit kurativ zu wirken - Bei Erwachsenen ist das Ausmaß neu zu bildenden neuronalen Strukturen reduziert, aber noch möglich - VT unterstützt über die Fähigkeit des Gehirns, sich anzupassen und funktionell neu zu organisieren	Immer individuelle Therapiegestaltung und Anpassung **6.3.1**: - Anleitung einer Bezugsperson durch Therapeutinnen und Therapeuten - Einschätzung der Angehörigen bzgl. der Möglichkeiten und Fähigkeiten zur Durchführung der VT - besonderer Wert auf die Durchführung der VT durch die Angehörigen: keine Überforderung der Bezugsperson, Therapie in der richtigen Intensität - Anteile der Therapie sind vom Behandlungs- und Anleitungsbedarf abhängig - Mehrfach tägliche Anwendung in der Häuslichkeit erforderlich (individuell zwischen 5-15 Minuten) **6.3.2**: - Durchführung durch die Vojta-Therapeutinnen/-Therapeuten in der Praxis / als Hausbesuche

	Frage 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?		
	6.1 Bitte beschreiben Sie diese Bestandteile näher.	6.2 Gibt es einen Unterschied in der Behandlung von Säuglingen und Kindern und Erwachsenen?	6.3 Welcher Anteil der Therapie wird bei der Behandlung von Physiotherapeutinnen und -therapeuten erbracht und welcher Anteil der Therapie ist von den Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige) durchzuführen? **6.3.1** Bei Säuglingen und Kindern? **6.3.2** Bei Erwachsenen?
	- Ziel: Verbesserung der Spontanmotorik und Effekt auf die Haltung, Körpersteuerung, Ausrichtung, Schmerzen, Gelenkeinschränkungen und Ersatzmotorik - Für eine Wirksamkeit Mindestintensität an Afferenz über die Auslösung der Zonen notwendig → Erreichen wird über die ausgelöste (efferente) motorische Antwort deutlich, dabei individuelle Unterschiede (konstitutionell, Ausmaß der neurologischen Schädigung)	- Beginn mit VT frühzeitig in der Akutbehandlung sonst bei fixierter Ersatzmotorik schwierig - In allen Altersphasen kann die Regeneration des ZNS durch die VT gefördert werden - Aktivierung der Rückenmuskulatur bei Skoliose [10]	- Erwachsene in der Behandlung entscheiden über die Behandlungsintensität und Dauer mit - In Ausnahmefällen werden Bezugspersonen zur Durchführung der Therapie angeleitet
VIFF-BV	Koordinationskomplexe: Reflexkriechen und Reflexumdrehen	Kein Unterschied	**6.3.1**: In Abstimmung mit den Eltern **6.3.2**: Ausschließlich Therapeutin
VIFF-Sachsen	- befundgerechte Behandlung, - korrekte Ausgangsstellung und Pat.-individuelle Anpassung der Zonenauswahl	- Dosierung der Übungen und Zeitspanne der Therapie - Neuronale Plastizität bei Kindern und Säuglingen ausgeprägter als bei Erwachsenen - Bei Säuglingen sind oft die Nervenbahnen blockiert.	- Anteile der Behandlung je nach ärztlicher Verordnung - Anteil der Elternbeteiligung orientierend an die individuelle Situation (Pat. / Erkrankung / Familiensituation) angepasst

	Frage 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?		
	6.1 Bitte beschreiben Sie diese Bestandteile näher.	6.2 Gibt es einen Unterschied in der Behandlung von Säuglingen und Kindern und Erwachsenen?	6.3 Welcher Anteil der Therapie wird bei der Behandlung von Physiotherapeutinnen und -therapeuten erbracht und welcher Anteil der Therapie ist von den Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige) durchzuführen? **6.3.1** Bei Säuglingen und Kindern? **6.3.2** Bei Erwachsenen?
		- Erwachsene versuchen auf ehemals gesunde Muster zuzugreifen - Ziel: Vermeidung von Folgeschäden, Schmerzen, Einschränkungen	
Bobath Zukunft	- Es gibt keine Elemente der VT, die unbedingt erforderlich sind oder anderen Therapieansätzen vorzuziehen wären	./.	./.
Bobath Vrg. WB	./.		
Bobath Vrg. Therapeutin	- Ausgangspositionen nach Vojta mit neun Druckpunkten, die korrekt eingehalten werden müssen - Positionen: 1. Phase Drehen 2. Phase Drehen und Reflexkriechen - Befundgerechte Anpassung der Therapie (symmetrisch/asymmetrisch) - Bei Säugling 30 Sekunden halten der Position, bei Kindern länger	- Positionen und Zonen bei Erwachsenen gleich - Halten der Druckpunkte bei Erwachsenen länger	**6.3.1**: - viermal täglich Durchführung durch die Angehörigen - Überwachung und Erstellung der Therapie durch Vojta-Therapeutin / -Therapeuten **6.3.2**: - Durchführung der Therapie in der Praxis mit Therapeutin / Therapeuten

Tabelle 4: Zitierte Quellen zu Frage 6

Autor (Jahr)	Evidenzstufe	Population	Zitiert von	Anmerkungen
6.2				
Jung et al. (2017) [10]	Ib	Säuglinge mit infantiler Haltungsasymmetrie	IVG	37 Säuglinge wurden randomisiert (Blockrandomisation): 19 erhielten VT und 18 NDT. *„While both Neurodevelopmental treatment and Vojta are effective in the treatment of infantile postural asymmetry and comparably well applied by the parents, therapeutic effectiveness is significant greater within the Vojta group.“*
6.3				
Bernhardt et al. (2017) [2]	V	Erwachsene nach akutem Schlaganfall	DGN	Narrativer Review zu Interventionen in der frühen Schlaganfallrehabilitation; keine Nennung von Vojta oder Bobath

3.3 Bedeutung der Bezugspersonen im Rahmen der Vojta-Therapie

In der folgenden Frage wird die Rolle der Bezugspersonen in der VT thematisiert:

Frage 8: Welche Rolle/Bedeutung haben Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige) Ihrer fachlichen Ansicht nach im Behandlungskonzept der Vojta-Therapie und nach welchen Entscheidungskriterien/Kontraindikationen werden Bezugspersonen aktiv in die Behandlung einbezogen (z. B. selbstständige Durchführung im häuslichen Umfeld)?

8.1 Bei Säuglingen und Kindern?

8.2 Bei Erwachsenen?

Von 17 Stellungnehmenden haben sich insgesamt 14 zu der Frage 8 geäußert. Davon haben elf der Stellungnehmenden die Unterfrage 8.1 und neun die Unterfrage 8.2 beantwortet. Zwei Stellungnehmende (IFK, VPT) haben auf die beiden Unterfragen jeweils eine Antwort gegeben.

In den Antworten auf die Frage 8 wurden insgesamt vier Quellen angegeben, die alle der Evidenzstufe V zugeordnet wurden. Dabei handelte es sich um eine Webseite des IFK mit Informationen zur VT [3] und eine Webseite mit Informationen zur familienzentrierten Förderung [4]. Auf dieser Webseite wurde die VT nicht genannt.

Zudem wurde ein Buch aus dem Jahr 2021 zur familienorientierten Frühförderung [19] sowie ein Expertenbeitrag aus dem Jahr 2015 angegeben [20], in dem die seelische Gesundheit und Entwicklung von Kindern mit Behinderungen thematisiert wurde.

Tabelle 5: Rückmeldungen zu Frage 8

	Frage 8: Welche Rolle/Bedeutung haben Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige) Ihrer fachlichen Ansicht nach im Behandlungskonzept der Vojta-Therapie und nach welchen Entscheidungskriterien/Kontraindikationen werden Bezugspersonen aktiv in die Behandlung einbezogen (z. B. selbstständige Durchführung im häuslichen Umfeld)?	
	8.1 Bei Säuglingen und Kindern?	8.2 Bei Erwachsenen?
Fachgesellschaften aus dem Bereich Neurologie		
DGN	./.	Einbindung von Bezugspersonen in die Behandlung von Erwachsenen nicht geläufig (siehe Antwort zu 6.3.2)
DGNR	- (Hinweis auf Antwort zu 6.3.1) - Keine Rationale für die Durchführung von Übungen durch Bezugspersonen in der Häuslichkeit - Ein die Familie einbindendes Coaching ist in der VT nicht vorgesehen	./.
Fachgesellschaften mit Fokus auf Kinder		
DGSPJ/DGKJ	- Bedeutung der Eltern in die Therapie ausgesprochen hoch - regelmäßige tägliche Durchführung in der Häuslichkeit ist Bestandteil der VT - Anleitung der Eltern zum Handling und zu Übungen nach Vojta	Einbeziehung von Bezugspersonen nicht bekannt
GNP/DGKJ	Kontraindikationen unter 5.1 benannt	./.
VAKJP	./.	
Weitere Fachgesellschaften		
DGOU	- Entscheidende Rolle der Bezugspersonen für den Therapieerfolg – meist die Mütter - Bezugsperson mit dem besten und stressfreiesten Zugang zum Kind ist für die Rolle am besten geeignet - Bezugsperson kann sich auf gut umsetzbare Elemente der Therapie begrenzen - Personen, die mit Anstrengung, Weinen und der Dosierung der Therapie nicht umgehen können, sind ungeeignet	- Betreuer oder Lebenspartner kann als Bezugsperson geeignet sein - VT bei Erwachsenen weniger stressbehaftet als bei Kindern

	Frage 8: Welche Rolle/Bedeutung haben Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige) Ihrer fachlichen Ansicht nach im Behandlungskonzept der Vojta-Therapie und nach welchen Entscheidungskriterien/Kontraindikationen werden Bezugspersonen aktiv in die Behandlung einbezogen (z. B. selbstständige Durchführung im häuslichen Umfeld)?	
	8.1 Bei Säuglingen und Kindern?	8.2 Bei Erwachsenen?
DGPTW	- Gute Compliance der Bezugspersonen ist für das schnelle Erreichen der Therapieziele erforderlich, höhere Ziele möglich - Ohne angeleitete Angehörige ist Therapie nicht möglich, da in einigen Phasen 2-4 Therapieeinheiten/Tag notwendig sind - Kann die Bezugsperson die Therapie nicht umsetzen → Durchführung durch Therapeutin/Therapeuten oder andere Bezugsperson - Detaillierte Aufklärung der Eltern notwendig über Wirkung, Anstrengung und ggf. Weinen des Kindes - Festlegung wie stark das Kind belastet werden darf und zu Pausen/Erholungszeiten und Zeiten zur Beruhigung - Entsprechend des Alters kann das Kind direkt aufgeklärt werden	Bei Erwachsenen fehlen oft Bezugspersonen, die eine regelmäßige Therapie im häuslichen Umfeld durchführen (können)
DMGP	./.	./.
Organisation der Leistungserbringer		
IFK	- Erfolg der Therapie ist von der Übungsfrequenz und Präzision der Durchführung abhängig - Individuelle neurophysiologische Befundung durch Therapeuten sowie Behandlungsplanung, regelmäßige Anpassung der Therapie - Anleitung der Eltern bzw. Bezugspersonen ist Teil der Therapie gemäß Leistungsbeschreibung (Anlage 1 Leistungsbeschreibung zum Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V über die Versorgung mit Leistungen der Physiotherapie und deren Vergütung [9]) - Anleitung der Eltern bzw. Bezugspersonen ist fester Bestandteil der Behandlung und erfolgt parallel zur Behandlung in den Praxen - Durch ein tägliches Üben kann die notwendige Intensität gewährleistet werden - Anleitung der Eltern bzw. Bezugspersonen ist eine wichtige Aufgabe [3]. - Therapeuten müssen individuell über die Eignung der Bezugspersonen und deren Kompetenzen zur korrekten Umsetzung der VT entscheiden	

	Frage 8: Welche Rolle/Bedeutung haben Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige) Ihrer fachlichen Ansicht nach im Behandlungskonzept der Vojta-Therapie und nach welchen Entscheidungskriterien/Kontraindikationen werden Bezugspersonen aktiv in die Behandlung einbezogen (z. B. selbstständige Durchführung im häuslichen Umfeld)?	
	8.1 Bei Säuglingen und Kindern?	8.2 Bei Erwachsenen?
	- Bezugsperson muss geistig und körperlich in der Lage sein die VT zu verstehen, korrekt anzuwenden und Kontraindikationen zu erkennen	
Physio Deutschland	- „Erlernen der Elternanleitung“ einschließlich Interaktion und Kommunikation ist ein wesentlicher Inhalt der VT-Ausbildung - Eltern sind aktiv an der Entwicklungsförderung der Kinder beteiligt: Befähigung „*im häuslichen Umfeld positiv auf die Entwicklung ihres behinderten oder von Behinderung bedrohten Kindes einzuwirken*“ - Beträchtliche Anforderung an die Bezugsperson und das Kind -> muss von Therapeutin/Therapeut verantwortungsvoll begleitet und unterstützt werden - Bei Auffälligkeiten in der Eltern-Kind-Beziehung oder bei psychischer Auffälligkeit der Bezugsperson sollte nach Alternativen gesucht werden - wenn sich im Therapieverlauf herausstellt, dass die Bezugsperson die VT nicht selbstständig durchführen kann → Lösung für Umgang mit problematischer Situation (u. a. VT nur in der Praxis, andere Therapieverfahren) - Umgang mit/Lösung von problematischen Situationen ist Bestandteil der Fortbildungen in 50 Vojta-Arbeitskreisen von Physio Deutschland	- Gleiche Anforderungen wie bei Kindern - Möglichkeit der Kommunikation - Falls die Kommunikation eingeschränkt ist müssen Signale wie Mimik, Körperhaltung, Tonusveränderung etc. wahrgenommen werden
VPT	mehrmals tägliches Üben im häuslichen Umfeld ist ein wesentlicher Bestandteil der Therapie, Teil der Leistungsbeschreibung der Anlage 1 nach § 125 Absatz 1 SGB V [9]	
Fachverband		
IVG	- Unabhängig vom Alter der Pat. spielen Bezugspersonen immer eine große Rolle in der Behandlung mit der VT - Besprechen und Abstimmung individueller Therapieziele und Therapieplanung mit Pat. und deren Bezugspersonen	

	Frage 8: Welche Rolle/Bedeutung haben Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige) Ihrer fachlichen Ansicht nach im Behandlungskonzept der Vojta-Therapie und nach welchen Entscheidungskriterien/Kontraindikationen werden Bezugspersonen aktiv in die Behandlung einbezogen (z. B. selbstständige Durchführung im häuslichen Umfeld)?	
	8.1 Bei Säuglingen und Kindern?	8.2 Bei Erwachsenen?
	- Behandlung bei Säuglingen und Kleinkindern hat das Ziel auf die Entwicklungsdynamik nachhaltig strukturbildend einzuwirken - Im Idealfall viermal täglich 15 Minuten VT - Anleitung der Eltern/Bezugspersonen entsprechend individueller Kapazitäten - Bedeutung der Eltern/Bezugspersonen für die Umsetzung der VT sehr hoch - Eltern/Bezugspersonen: Einbeziehung und Durchführung der VT mit dem Ziel, positiv auf die Entwicklung ihres behinderten oder von Behinderung bedrohten Kindes einzuwirken - Überprüfung und Anpassung der Therapie soll Eltern Sicherheit geben und Qualität der Durchführung sichern - Therapieanleitung ist der Belastbarkeit des Kindes und dessen Bezugsperson anzupassen - Kontinuierlicher Austausch der Familie mit ihrer/ihrem Therapeutin/Therapeuten - Positive Beeinflussung pathologisch veränderter Bewegungsmuster und Abspeicherung im ZNS - Die nach der VT umfangreicher zur Verfügung stehenden Bewegungsmuster können im Spiel mit den Bezugspersonen/Geschwistern gefestigt werden → zur Sicherung des Behandlungserfolges sollte das Kind nach der VT aktiv sein	- Behandlung Erwachsener ambulant/stationär in der physiotherapeutischen Praxis - Äquilibrieren gestörter Bewegungsmuster und die Verbesserung des Körperschemas und der Aufrichtung → dazu keine tägliche mehrmalige Intervention notwendig → Durchführung der VT häufig als Intervallbehandlung - Anleitung von Bezugspersonen, wenn keine ausreichende Dosierung zu Hause oder ambulant möglich ist - Anleitung von Bezugspersonen wie im Säuglings-/Kinderbereich - Gesamte Situation des familiären sozialen Umfelds wird berücksichtigt und Anpassung an die Belastbarkeit aller Agierenden
VIFF-BV	- Zentrale Bedeutung der Eltern / Bezugspersonen - Therapie in Abstimmung mit Bezugspersonen	nur im Einverständnis mit dem Patienten oder ggf. Vormund

	Frage 8: Welche Rolle/Bedeutung haben Bezugspersonen (z. B. Eltern, weitere Angehörige) Ihrer fachlichen Ansicht nach im Behandlungskonzept der Vojta-Therapie und nach welchen Entscheidungskriterien/Kontraindikationen werden Bezugspersonen aktiv in die Behandlung einbezogen (z. B. selbstständige Durchführung im häuslichen Umfeld)?	
	8.1 Bei Säuglingen und Kindern?	8.2 Bei Erwachsenen?
	- VT wird bei einer Eltern-Kind-Beziehungsstörung ausdrücklich nicht empfohlen	
VIFF-Sachsen	- zentrale Rolle der Bezugsperson, da sie ihr Kind gut kennen, beobachten und Interesse an einer guten Entwicklung haben - Entscheidung je nach Zielsetzung und individuelle Anpassung an Kind und Bezugsperson möglich	Erarbeitung und Umsetzung individuell nach Zielsetzung und individuellen Möglichkeiten
Bobath Zukunft	- Begleitpersonen werden zu Co-Therapeuten, da VT mehrmals täglich auch bei ausdauerndem Schreien des Kindes durchgeführt werden muss → widerspricht den aktuellen Grundsätzen einer familienorientierten Förderung - Familienorientierte Förderung: handlungsleitend ist die Individualität der Eltern mit ihren Bedürfnissen, Belastungen, Lebenseinstellungen, Fähigkeiten und Vulnerabilität - [4,19,20]	./.
Bobath Vrg. WB	./.	
Bobath Vrg. Therapeutin	- Bei Säuglingen häusliche Behandlung erforderlich - Angehörige müssen Einsicht in die Therapie haben, die Anwendung verstehen und eine gute Anleitung haben - Falls richtige Umsetzung durch Bezugspersonen nicht möglich → keine weitere Therapiedurchführung in der Häuslichkeit - Verzicht auf VT bei gestörter Mutter-Kind-Bindung	- Geringere Rolle der Bezugspersonen bei der Therapie von Erwachsenen - In Einzelfällen Therapie von erwachsenen Kindern durch die Eltern oder Mitarbeit bei Ehepartnern

Tabelle 6: Zitierte Quellen zu Frage 8

Autor (Jahr)	Evidenzstufe	Population	Zitiert von	Anmerkungen
8.1				
CanChild (2025) [4]	V	indikationsoffen	Bobath Zukunft	Allgemeines zu familienzentrierter Förderung, Webseite und Infomaterial, keine Therapien
Sarimski et al. (2021) [19] *	V	Kinder mit Behinderung	Bobath Zukunft	Buch zur familienorientierten Frühförderung
Schlack (2015) [20]	V	Kinder mit Behinderung	Bobath Zukunft	Expertenbeitrag zu seelischer Gesundheit und Entwicklung behinderter Kinder; keine Nennung von Vojta/Bobath/ Physiotherapie
8.1 und 8.2				
IFK [3]	V	indikationsoffen	IFK	Webseite zur VT

* Volltext lag nicht vor.

3.4 Vojta-Therapie im häuslichen Umfeld

Die folgende Frage adressiert die Aspekte Schulung der Bezugspersonen und Qualität der Umsetzung der VT im häuslichen Umfeld:

Frage 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?

9.1 Bei Säuglingen und Kindern?

9.2 Bei Erwachsenen?

Auf die Frage 9 des Fragebogens sind insgesamt 13 der 17 Stellungnehmenden eingegangen. Dabei wurde die Unterfrage 9.1 in acht Fällen und die Unterfrage 9.2 in sechs Fällen beantwortet. Vier Stellungnehmende haben die Unterfragen 9.1 und 9.2 jeweils zusammen beantwortet.

In den Antworten auf diese Frage wurden keinerlei Quellen von den Stellungnehmenden angegeben.

Tabelle 7: Rückmeldungen zu Frage 9

	Frage 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?	
	9.1 Bei Säuglingen und Kindern?	9.2 Bei Erwachsenen?
Fachgesellschaften aus dem Bereich Neurologie		
DGN	./.	- Bezugspersonen kommen deutlich seltener zum Einsatz - werden in diesem Fall von Vojta-Therapeutinnen/-Therapeuten unter regelmäßiger ambulanter Kontrolle angeleitet - im stationären Bereich nur durch ausgebildete Vojta Therapeutinnen/-Therapeuten, z. B. bei Schlaganfall, MS oder Parkinson in neurologischen Akutkliniken oder Rehabilitationskliniken
DGNR	- Großteil der VT wird durch Eltern in der Häuslichkeit durchgeführt - Schulung der Bezugspersonen durch die Vojta-Therapeuten - Überprüfung des Therapieerfolges bzw. der gesamten Therapiesituation (Wehren/Schreien des Kindes etc.) in Abstimmung mit verordnenden Ärztinnen/Ärzten	Verweis auf Antwort zu Frage 6.3.2
Fachgesellschaften mit Fokus auf Kinder		
DGSPJ/DGKJ	- Schulung von Bezugspersonen in jeder Behandlungseinheit durch Vojta-Therapeutinnen/-Therapeuten - Vorzeigen der Technik an dem Kind oder einer Puppe - Hinweise auf die motorischen Reaktionen des Kindes - Mehrmalige Übung in der Behandlungseinheit, ggf. Korrektur - Regelmäßige Dokumentation zur Durchführung und zu Fragen der Eltern - Im SPZ hat jeder Pat. hat eine Akte, in der die Anleitung der Eltern und Fragen dokumentiert werden	Verweis auf Antwort zu Frage 8.2: Einbeziehung von Bezugspersonen nicht bekannt

	Frage 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?	
	9.1 Bei Säuglingen und Kindern?	9.2 Bei Erwachsenen?
GNP/DGKJ	Hinweis auf die Einleitung in 12_GNP.pdf (3 Seiten) und die Antworten zu den Fragen 5 (Themenkomplex I) und 7 (Themenkomplex IV)	./.
VAKJP	./.	
Weitere Fachgesellschaften		
DGOU	- Schulung, Überprüfung der korrekten Durchführung, Risikoaufklärung über unerwünschte Wirkungen obliegt den qualifizierten VT-Therapeutinnen/Therapeuten - Therapeutin/Therapeut muss sich von Durchführbarkeit der Übungen in der häuslichen Umgebung überzeugen und Information der Bezugspersonen zu Anstrengungen und dem Umgang mit unerwarteten Reaktionen des Kindes - *„Er ist auch für die Individuelle Gestaltung und korrekte Dosierung der Therapie außerhalb seiner direkten Einflussnahme verantwortlich*.“ - Überprüfung und Anpassung der Durchführung auf Basis der Rückmeldung der Bezugsperson	
DGPTW	- Praktische Anleitung der Bezugspersonen mit anschließender Übung und Korrektur bei jedem Termin - Belastung der Familie durch VT sollte thematisiert werden - Zeit für Fragen sollte in der Therapie eingeplant werden - Dokumentation bei jedem Termin - Regelmäßige Befundung und Anpassung der Therapieziele: Dazu Anfertigung von Zeichnungen oder Videos mit korrekter Umsetzung für die Eltern - Benennung möglicher Reaktionen auf die Techniken	./.
DMGP	./.	./.
Organisation der Leistungserbringer		
IFK	Schulung der Bezugspersonen sehr individuell und spezifisch; Hinweis auf die Expertise der Vojta-Fachgesellschaften	

	Frage 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?	
	9.1 Bei Säuglingen und Kindern?	9.2 Bei Erwachsenen?
Physio Deutschland	- Schulung zur Elternanleitung bereits während der Weiterbildungsmaßnahme → Hinweis auf Curriculum der IVG - Besprechen von spezifischen Situationen, da Schulung in Anwesenheit von Pat. durchgeführt wird: Innerhalb von 6 Wochen ca. 100 Pat. aller Alters- und Diagnosegruppen: Supervision zu Befundanalyse, Elternanleitung und Therapiedurchführung - Clinical Reasoning: Aufklärung der Eltern über mögliche Wirkungen sowie Kontraindikationen der VT - Hinweise zur praktischen Umsetzung in der Häuslichkeit – z. B. Demonstration erst an einer Puppe, dann am Kind - Demonstration der Druckstärke an der Bezugsperson selbst - Überprüfung und Korrektur der Durchführung bei jeder Behandlungseinheit - Vorgehen in der Behandlungseinheit, Probleme, Fortschritte (regelmäßig durchgeführte Assessments) werden dokumentiert - Hinweise auf Unsicherheit und Überforderung werden angesprochen, bei Bedarf dem Arzt weitergegeben, dokumentiert - Sollte Problemlösung nicht möglich sein → andere Behandlungsoption	
VPT	- Anleitung erfolgt während der Therapie - Besprechung der Durchführung der Therapie sowie gewünschter/unerwünschter Wirkungen	
Fachverband		
IVG	Anleitung der Bezugspersonen wichtiger und im Curriculum festgelegter Bestandteil der Weiterbildungsmaßnahme	
	- Schulung erfolgt schrittweise und in jeder Behandlungseinheit: individueller Behandlungsplan - Zuerst Anleitung der Techniken an einer Lehrmittel-Puppe → Hinweise auf motorische Reaktion der Kinder - Schrittweise Demonstration der Techniken am Kind - Hinweise auf mögliche Fehlerquellen in der Umsetzung - Mögliche Überlastungszeichen (z. b. blasses Mund-Nasen-Dreieck, Schwitzen) werden angesprochen - Aktivierung an den Eltern/Bezugsperson zum besseren Verständnis der Reizsetzung - Aktive Einbeziehung der Kinder zur besseren Regulierung und Beruhigung der Kinder	- In jeder Behandlungseinheit Schulung der Bezugspersonen durch die/den Vojta-Therapeutin/-Therapeuten - Klärung bzgl. der Fähigkeit der Bezugspersonen die VT durchzuführen: sind sie physisch und emotional in der Lage die therapeutische Rolle zu übernehmen - Zusätzliche belastende Situationen für das familiäre Umfeld sollten vermieden werden - Inhalte der Therapie wie Einnehmen der Ausgangsstellung, Durchführung und Reizsetzung werden nach individuellem Bedarf erklärt

	Frage 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?	
	9.1 Bei Säuglingen und Kindern?	9.2 Bei Erwachsenen?
	- Reflexion der kindlichen Spontanreaktionen (positive Effekte der Therapie) - Reflexion von Überforderung der Bezugsperson mit der VT und eventuell alternative Therapieform - Detaillierte Dokumentation in SPZ, stationär und ambulant	- Aufklärung über unerwünschte Wirkungen (Schmerzen, vegetative Instabilität durch Überlastung) → Setting zur Überprüfung empfohlen - standardisierte Assessmentverfahren und Selbsteinschätzungs-Dokumentationsbögen zur Dokumentation
VIFF-BV	Praktische Anleitung der Eltern am Kind in Abstimmung mit den elterlichen Kompetenzen	./.
VIFF-Sachsen	Erläuterung, Vorführung, gemeinsames Üben, regelmäßige Kontrolle und Austausch, Erfragen der angeleiteten Details, dazu Flyer und Zeichnung, evtl. auch Video zur Anwendung in der Häuslichkeit	- Wiederholung und Kontrolle von erarbeiteten Übungen - Korrekturen und Anpassungen - evtl. mit Videos arbeiten und auswerten
Bobath Zukunft	./.	
Bobath Vrg. WB	./.	
Bobath Vrg. Therapeutin	- Regelmäßige Schulung der Bezugspersonen unter Beschreibung der zu erwartenden motorischen Reaktionen des Kindes - Weinen wird als Ausdruck der Anstrengung des Kindes in der VT interpretiert - Anleitung zur Fortsetzung der Therapie beim Weinen der Kinder ○ „*Versprechen*“ der Besserung/Heilung der Beschwerden ○ Druck von Therapeutinnen/Therapeuten wird aufgebaut - Eine Aufklärung über Risiken/unerwünschte Folgen findet nicht statt	Freiwillige Teilnahme der Erwachsenen an der Therapie

4 Zusammenfassung

Im Folgenden wurden die Aussagen der Stellungnehmenden für jede Frage geclustert dargestellt. In den Klammern ist jeweils vermerkt, von wem die Aussage stammt.

VT als alleinige Therapie oder in Kombination mit anderen Therapieverfahren (Frage 3)

- Die Vojta-Therapie wird vornehmlich als eigenständige Therapieform angesehen (DGNR, IFK, IVG, Physio Deutschland, VPT, VIFF-Sachsen). Nach Aussage der DGNR erfolgt nur in geringem Umfang eine Kombination mit anderen Verfahren.
- Die VT kann in Kombination mit anderen Therapieformen angewendet werden (DGN, DGNR, DGSPJ/DGKJ, DGOU, DGPTW, DMGP, IFK, Physio Deutschland, VPT, IVG, VIFF-BV, Bobath Vrg. Therapeutin). Eine Umsetzung der Therapie ausschließlich nach Vojta oder Bobath erfolgt nur ausnahmsweise (GNP/DGKJ).
- Die VT wird in Kombination mit folgenden Therapien genannt:
  - Bobath Konzept (DGSPJ/DGKJ, DGOU, DGPTW, IFK, Physio Deutschland, VPT, IVG VIFF-BV, Bobath Vrg. Therapeutin),
  - Manuelle Therapie/manualtherapeutische Techniken (DGSPJ/DGKJ, DGOU, Physio Deutschland, IVG),
  - Osteopathie (DGSPJ/DGKJ, Physio Deutschland, IVG).
- Kombinationen, die speziell für Säuglinge/(Klein-)Kinder genannt wurden:
  - Vibrationstherapie nach Galileo (DGSPJ/DGKJ),
  - Castillo-Morales Konzept zur orofazialen Therapie (IVG),
  - Ausführliche Handling Beratung (DGSPJ/DGKJ, IVG), Elternanleitung (DGPTW), entwicklungspsychologische Beratung (IVG) oder mit Hilfeangeboten z. B. durch Eltern-Säuglings-Kleinkind-Beratung in sozialpädiatrischen Zentren (IVG).
- Weitere Therapien, die in Kombination mit der VT genannt wurden:
  - Krafttraining (DGPTW),
  - Laufbandtraining (IVG),
  - neuromodulative Ansätze (transkutane Rückenmarkstimulation) (DMGP).
- Einsatz von VT im interdisziplinären Setting:
  - VT als Basistherapie ergänzend zu Logopädie (IFK, Physio Deutschland, IVG), Heilpädagogik (IVG), Motopädie (IVG), Ergotherapie (IFK, Physio Deutschland) und Frühförderung (Physio Deutschland),
  - VT als Basistherapie zur Aktivierung (z. B. Selbstständigkeitstraining, Mobilisation, Gangschule, Ergotherapie) (DGN, DGSPJ/DGKJ, DGPTW, IVG),
  - VT zur Aktivierung der orofazialen Muskulatur vor einer logopädischen Behandlung (DGPTW, Physio Deutschland),

- Im stationären Bereich: Einsatz der VT vor aktivierender Pflegeeinheit (Physio Deutschland) oder zur Verbesserung der Nahrungsaufnahme in der Neonatologie (Physio Deutschland).

Elemente der Behandlung nach Vojta und Behandlungstechniken (Frage 6)

Bestandteile der VT (Unterfrage 6.1)

Für eine Durchführung der VT bei Erkrankungen des ZNS wurden folgende unbedingt erforderlichen Bestandteile genannt:

- klar definierte Zonen/Auslösezonen (DGN, DMGP, IVG, VIFF-Sachsen, Bobath Vrg. Therapeutin),
- definierte Ausgangspositionen: Bauch-, Seiten-, Rückenlage (DGN, DGOU, DMGP, VPT, IVG, VIFF-Sachsen),
- Kenntnisse der Reflexlokomotion (Reflexkriechen, Reflexumdrehen) (DGN, DGOU, Physio Deutschland, VPT, IVG, VIFF-BV, Bobath Vrg. Therapeutin),
- Anamnese / Befundung (DGPTW, DMPG, Physio Deutschland)
- Erarbeitung von Zielen gemeinsam mit Pat. (DGPTW): Shared Decision Prozess mit SMART formulierten Zielen (DGPTW), Therapieplanung (DMGP)
- Aufklärung (DGPTW),
- Abschlussbefund (DGPTW),
- Hohe Wiederholungsfrequenz (DMGP) bzw. Mindestintensität (IVG),
- Erkennen von Ausweich-/Ersatzmustern (Physio Deutschland, IVG) und Anpassungen der Therapie (Physio Deutschland, IVG) bzw. regelmäßige Verlaufskontrollen (DMGP)
- Anleitung von Eltern/Bezugspersonen zur eigenständigen Durchführung (DGPTW, DMGP, Physio Deutschland) und zur Ansprache des Kindes/Beruhigungsstrategien (Physio Deutschland)
- Eine willentliche Mitarbeit der Pat. in der VT sei nicht erforderlich (DGN).
- Kombination mit aktiven Therapien in selbstständiger Umsetzung (DGPTW) und Interdisziplinäre Zusammenarbeit (DMGP)

- Durchführung der VT durch speziell ausgebildete und zertifizierte Vojta-Therapeutinnen/-Therapeuten (DGN), die die gewählten Übungen befundgerecht variieren und an die jeweilige Situation anpassen (DGN, Physio Deutschland, VIFF-Sachsen, Bobath Vrg. Therapeutin).
- Die DGNR und Bobath Zukunft sehen keine essenziellen bzw. unbedingt erforderlichen Bestandteile der VT. Aufgrund mangelnder Evidenz wurde die Frage von der DGSPJ/DGKJ und der GNP/DGKJ nicht beantwortet. Der VPT nahm keine Wertung zur Wichtigkeit oder Erforderlichkeit bzgl. der VT vor.

Unterschiede in der Behandlung von Säuglingen/Kindern und Erwachsenen (Unterfrage 6.2)

Es wurden folgende Unterschiede aufgeführt:

- Einbezug der Eltern von Säuglingen und Kindern in die VT:
  - Einbezug von Bezugspersonen bei Säuglingen und Kindern (DGN),
  - Anleitung zur Umsetzung der Therapie (DGN, DGPTW),
  - Aufklärung der Eltern (DGPTW).
- Kommunikation
  - Deutliche Unterschiede in der Kommunikation erfordern andere Herangehensweise der Therapeutin/des Therapeuten (DGOU). Bei Kindern ist mehr Einfühlungsvermögen erforderlich (DGPTW).,
  - Mit Erwachsenen kann kommuniziert werden (Physio Deutschland) und sie können aktiv die VT ablehnen, Säuglingen ist dies nicht möglich (DGPTW).,
  - Erwachsene werden aktiv angeleitet. Ausgangslagen, die für Erwachsene nicht einnehmbar sind, werden angepasst (DMGP). Lagekorrekturen können von den Pat. mit Unterstützung selbstständig umgesetzt werden (Physio Deutschland).
- Zielsetzungen
  - Je nach Zielgruppe unterschiedliche Zielsetzungen in der Therapie (DMGP).
  - Bei Säuglingen/Kindern versucht die VT durch Eingreifen in den Entwicklungsprozess (neuromotorische Funktionsdifferenzierung) kurativ einzuwirken (IVG).
  - Bei Erwachsenen soll die VT frühzeitig in der Akutbehandlung eingesetzt werden (IVG), wobei die Neuroplastizität im Kindesalter ausgeprägter ist als bei Erwachsenen (VIFF-Sachsen).
  - Bei Erwachsenen erfolgt ein Zugriff auf zuvor gesunde und normale Bewegungsmuster (DGOU).
- Grifftechniken und Ausgangsstellungen
  - Das Handling und die Grifftechniken (DMGP, Physio Deutschland) sowie die Dosierung (VIFF-Sachsen) unterscheiden sich in der VT von Säuglingen, Kindern und Erwachsenen nach Vojta.
  - Es werden die gleichen Grifftechniken bei Säuglingen, Kindern und Erwachsenen im Rahmen der VT verwendet (DGOU, DGPTW). Die Positionen und Zonen sind gleich, allerdings werden die Druckpunkte bei Erwachsenen länger gehalten (Bobath Vrg. Therapeutin).
  - Die Ausgangsstellungen sind identisch (DGPTW).
- Der DGNR und dem VIFF-BV sind keine Unterschiede zwischen Säuglingen, Kindern und Erwachsenen in der Behandlung nach Vojta bekannt.

<u>Welche Anteile der VT übernehmen Eltern und welche Anteile werden von Physiotherapeutinnen/-therapeuten erbracht? (Unterfrage 6.3)</u>

- Bei Säuglingen und Kindern (6.3.1)
  - Die VT erfolgt regelmäßig in der Praxis (Physio Deutschland). Die Verteilung der Anteile ist abhängig von der Therapiesituation (Physio Deutschland, IVG).

- Individuelle Anpassung der VT, u. a. Intensität, Häufigkeit, Belastbarkeit von Kind und Eltern, Kontrolle mit Korrektur, Besprechen von Problemen der Umsetzung (Physio Deutschland, IVG, VIFF-Sachsen). Abstimmung erfolgt mit den Eltern (VIFF-BV).
- Die Durchführung der VT in der Häuslichkeit wird durch Einbezug der Eltern/Bezugspersonen realisiert (DGNR, DGOU) und wird als erforderlich angesehen (DGPTW, IVG).
- Übungseinheiten: ein bis mehrmals täglich (DGNR, DGOU, Physio Deutschland, Bobath Vrg. Therapeutin) bis maximal 20 Minuten/Einheit (DGOU), in der Frühphase 2-4-mal täglich (DGPTW)
- Regelmäßige Supervision durch Vojta-Therapeutin/-Therapeut notwendig (DGPTW)
- Kritikpunkte: Druck auf die Eltern durch Forderung als „Co-Therapeuten" zu agieren (GNP/DGKJ) und dogmatische Instruktion (DGNR). Eltern müssen ihre Kinder unangenehmen Situationen aussetzen (GNP/DGKJ). Bei Non-Compliance führt dies bei Eltern zu schlechtem Gewissen und Sorge vor einem schlechten Outcome (DGNR).

- Bei Erwachsenen (6.3.2)
  - Einbindung von Bezugspersonen bei erwachsenen Pat. in Deutschland ist nicht geläufig bzw. selten (DGN, DGPTW, IVG); in anderen europäischen Ländern (z. B. Polen, Tschechien) werden Schulungen der Angehörigen zur VT durchgeführt (DGN).
  - Häufig sind keine Bezugspersonen für die häusliche Umsetzung vorhanden (DGPTW, Physio Deutschland).
  - Die VT werde von Physiotherapeutinnen/-therapeuten in der Praxis oder als Hausbesuch durchgeführt (DMGP, VIFF-BV, IVG, Bobath Vrg. Therapeutin).
  - Die Gestaltung der Therapie und Probleme in der Umsetzung können mit Co-Therapeuten besprochen werden (Physio Deutschland).
  - Erwachsene in Behandlung entscheiden selber über die Behandlungsdauer und -intensität (IVG).
  - Die DGOU geht von einer identischen Vorgehensweise bei Erwachsenen und Kindern aus.
  - Ein supervidiertes Eigen- oder Fremdtraining bei Erwachsenen wird von der DGNR als möglich angesehen, allerdings in Hinblick auf die VT als nicht relevant eingeschätzt.

Rolle und Entscheidungskriterien/Kontraindikationen zur Eignung der Bezugspersonen im Behandlungskonzept der VT (Frage 8)

<u>Bei Säuglingen und Kindern</u>

- Eltern/Bezugspersonen haben eine zentrale Bedeutung bei der Umsetzung der VT (DGSPJ/DGKJ, DGOU, DGPTW, IFK, Physio Deutschland, IVG, VIFF-BV, VIFF-Sachsen, Bobath Vrg. Therapeutin). Eine regelmäßige tägliche Durchführung in der Häuslichkeit / Compliance ist Bestandteil der VT bzw. wird als notwendig für den Therapieerfolg angesehen (DGSPJ/DGKJ, DGPTW, IFK, IVG).

- Bezugspersonen mit dem besten und stressfreiesten Zugang zum Kind sind für die Umsetzung der VT in der Häuslichkeit am geeignetsten (DGOU). Sie müssen geistig und körperlich in der Lage sein, die VT zu verstehen, korrekt anzuwenden und Kontraindikationen zu erkennen (IFK, DGOU). Im Anschluss an die VT kann über Aktivität im Spiel mit Bezugspersonen/Geschwistern eine Abspeicherung der Bewegungsmuster erfolgen (IVG).
- Kontraindikationen: Bei Auffälligkeiten in der Eltern-Kind-Beziehung (VIFF-BV), bei psychischer Auffälligkeit der Bezugsperson oder Schwierigkeiten in der Umsetzung muss nach Alternativen gesucht werden (Physio Deutschland, Bobath Vrg. Therapeutin). Personen, die mit Anstrengung, Weinen oder der Dosierung nicht umgehen können, sind für eine Umsetzung der VT nicht geeignet (DGOU).
- Die Entscheidung über die Eignung einer Bezugsperson trifft die/der Vojta-Therapeutin/-Therapeuten (IFK). Sie/er übernimmt u. a. die Elternanleitung Aufklärung (DGPTW) und die Überprüfung und Anpassung der Therapie (IVG).
- Die DGNR sieht keine vernünftige Begründung für eine Durchführung der VT durch Bezugspersonen und die Fachverband Bobath Zukunft ist der Ansicht, dass der Einbezug der Bezugspersonen den Grundsätzen einer familienorientierten Förderung widerspricht.

<u>Bei Erwachsenen</u>

- Bezugspersonen bei erwachsenen Pat. werden kaum/geringfügig in die Therapie eingebunden (DGN, DGSPJ/DGKJ, DGPTW). In Einzelfällen setzen Eltern erwachsener Kinder, Ehepartner (Bobath Vrg. Therapeutin), Betreuer oder Lebenspartner (DGOU) als Bezugsperson die VT um.
- Eine Einbindung von Bezugspersonen findet nur im Einverständnis des Pat. oder ggf. des Vormundes (VIFF-BV) statt.
- Bezugspersonen nehmen eine wichtige Rolle in der Behandlung ein, unabhängig vom Alter der Pat (IVG). Die Anleitung der Bezugspersonen und Anforderungen an die Bezugspersonen sind die gleichen wie bei der Behandlung von Säuglingen und Kindern (IVG, Physio Deutschland). Ebenso muss die gesamte Situation des familiären sozialen Umfelds und die Belastbarkeit berücksichtigt werden (IVG).
- Die ambulante/stationäre Therapie Erwachsener erfolgt in der Praxis (IVG). Wenn keine täglich mehrmaligen Interventionen notwendig sind, ist auch eine Umsetzung der VT als Intervallbehandlung möglich (IVG).
- Kommunikation bei erwachsenen Pat. ist leichter als bei Kindern (Physio Deutschland).

Schulung der Bezugspersonen, die die VT im häuslichen Umfeld durchführen sowie die Überprüfung, Anpassung und Dokumentation einer langfristigen Therapie (Frage 9)

- Bezugspersonen werden individuell durch die Vojta-Therapeutinnen/-Therapeuten geschult (IFK, IVG). Die Anleitung erfolgt während der Therapie (VPT).
- Die Schulung der Bezugspersonen, die Überprüfung der korrekten Durchführung (auch außerhalb der Praxen) und die Aufklärung, z. B. zu Risiken und Anstrengungen, liegt im

Verantwortungsbereich der Vojta-Therapeutinnen/-Therapeuten (DGOU). Sie übernehmen auch Anpassungen der Therapie (DGOU).

- Im Rahmen der VT-Weiterbildung erfolgt eine Schulung zur Elternanleitung (siehe Curriculum der IVG) (Physio Deutschland, IVG).

<u>Bei Säuglingen und Kindern</u>

- Eine Schulung der Bezugspersonen erfolgt durch die Vojta-Therapeutinnen/Therapeuten (DGNR, DGSPJ/DGKJ, DGPTW). Techniken werden erst an einer Puppe und später am Kind vorgezeigt (DGSPJ/DGKJ). Videos oder Zeichnungen können unterstützend eingesetzt werden (DGPTW). Die Schulung umfasst mehrmalige Wiederholungen der Übungen und ggf. eine Korrektur (DGSPJ/DGKJ, DGPTW, Physio Deutschland, IVG, VIFF-Sachsen). Zeit für Fragen sollte in die Behandlungseinheiten eingeplant werden (DGPTW).
- Regelmäßige Befundung und Anpassung der Therapie bzw. Therapieziele mit den Eltern/Bezugspersonen sind Bestandteile der Elternanleitung (Physio Deutschland, IVG). Sie umfasst Hinweise auf Reaktionen des Kindes (DGPTW, Bobath Vrg. Therapeutin), Kontraindikationen zur Therapie (Physio Deutschland, VPT, IVG) und Belastungen der Familie durch die VT (DGPTW).
- Laut der Bobath Vrg. Therapeutin werden Eltern zur Fortsetzung der VT trotz des kindlichen Weinens angehalten und es wird Druck durch die Therapeutin/den Therapeuten aufgebaut. Eine Aufklärung über Kontraindikationen oder Abbruchszeichen findet nicht statt.
- Eine Überprüfung des Therapieerfolges bzw. der Therapiesituation erfolgt in Abstimmung mit verordnenden Ärztinnen/Ärzten (DGNR). Die Durchführung der VT und die Fragen der Eltern werden dokumentiert (DGSPJ/DGKJ, Physio Deutschland). Eine Dokumentation erfolgt bei jedem Termin (DGPTW), sowohl in SPZ (DGSPJ/DGKJ, IVG) als auch im stationären und ambulanten Bereich (IVG).

<u>Bei Erwachsenen</u>

- Eine Anleitung der Bezugsperson erfolgt unter regelmäßiger ambulanter Kontrolle (DGN). Erarbeitete Übungen werden wiederholt, überprüft und angepasst; ggf. können Videos zur Unterstützung eingesetzt werden (VIFF-Sachsen). Individuell erfolgen Erklärungen zur Durchführung, Reizsetzung und eine Aufklärung zu unerwünschten Wirkungen (IVG).
- Es muss geklärt sein, ob die Bezugspersonen physisch und emotional in der Lage sind die therapeutische Rolle zu übernehmen und es darf nicht zu zusätzlichen Belastungen im familiären Umfeld führen (IVG). Eine Teilnahme muss freiwillig erfolgen (Bobath Vrg. Therapeutin.
- Eine Einbeziehung von Bezugspersonen ist der DGSPJ/DGKJ nicht bekannt, bzw. laut DGNR nicht relevant. Im stationären Bereich werden im Rahmen der Therapie ausschließlich ausgebildete Vojta-Therapeutinnen/-Therapeuten eingesetzt (DGN).
- Die IVG gibt an, dass es standardisierte Assessmentverfahren und Selbsteinschätzungs-Dokumentationsbögen zur Dokumentation gibt.

Zusammenstellung relevanter Quellen zum Themenkomplex III

Von den Quellen, die in den Antworten zum Themenkomplex III (Durchführung) angegeben wurden, wurden folgende sieben Publikationen als relevant/interessant eingestuft:

- Die randomisierte Studie von Jung et al. (2017) [10] (Evidenzstufe Ib) wurde von der IVG zitiert. 37 Säuglinge mit infantiler Haltungsasymmetrie wurden randomisiert (Blockrandomisierung) und erhielten entweder Vojta-Therapie (n=19) oder NDT/Bobath (n=18). Primärer Endpunkt war die Haltungsasymmetrie, die anhand der standardisierten videobasierten Asymmetrieskala (nach Philippi) bestimmt wurde. Im Ergebnis zeigte sich in beiden Therapiegruppen eine klinisch relevante Veränderung (> 4 Punkte) in der Vorher-Nachher-Analyse: in der VT-Gruppe wurde eine Verbesserung der Haltungsasymmetrie von -7,75 Punkten (95 % CI [-6,43;-9,08]) und in der NDT-Gruppe eine Verbesserung von - 4,79 Punkten (95 % CI [-3,12;-6,47]) erreicht. Die VT-Gruppe zeigte eine statistisch signifikante Verbesserung in der Mittelwertdifferenz von -2,96 Punkten im Vergleich zur NDT-Gruppe.

  Anmerkungen FBMed: Als Limitationen der Studie ist die geringe Studiengröße anzusehen. Die Validität des Erhebungsinstrumentes ist unklar.

- Die Publikation von Parau et al. (2023) [14] wurde von der DGOU, dem IFK und dem VPT zitiert. Es handelt sich um eine dreiarmige Pilotstudie (Evidenzstufe Ib/IIb+), in der 108 Kleinkinder mit neuromotorischen Entwicklungsverzögerungen randomisiert einer von drei Therapien zugeordnet wurden: die Kinder wurden entweder nur nach Vojta (n=36) oder nach Bobath (n=36) behandelt oder erhielten eine Kombinationstherapie aus Bobath und Vojta (n=36). Die Therapien wurde 3-mal die Woche von einer Therapeutin/einem Therapeuten über einen Zeitraum von sieben Monaten durchgeführt. Die Therapieeinheiten dauerten jeweils 30 Minuten in der VT- bzw. in der Bobath-Gruppe. Die Therapieeinheit mit der Kombinationstherapie dauerte 40 Minuten, darin enthalten waren fünf Minuten Pause zwischen den Therapietechniken. Die Eltern erhielten einfache Übungsaufgaben für die Umsetzung in der Häuslichkeit. Als primärer Endpunkt wurde die Zeit bis zur „Genesung“ (Angleichung des biologischen an das ontologische Alter) anhand von logistischen und Cox-Regressionen untersucht. Zur Erhebung der motorischen Entwicklung wurden die motorische funktionale Evaluationsskala nach Vojta und die Bayley Scale for Infant and Toddler Development verwendet. In den Baseline-Charakteristika fanden sich keine statistisch signifikanten Unterschiede, jedoch fanden sich Unterschiede in der Ätiologie (ante-, peri-, postnatale Faktoren) (siehe Table 1 und 2 in [14]). Die Zeit bis zur Genesung war in der Gruppe mit Kombinationstherapie statistisch signifikant kürzer als jeweils bei den einzelnen Therapieverfahren: die mittlere Genesungszeit betrug 5,11 Monate in der Bobath Gruppe, 5,02 Monate in der VT-Gruppe und 3,97 Monaten in der Gruppe mit der Kombinationstherapie (siehe Table 6 und 7 in [14]).

  Anmerkungen FBMed: Der Randomisierungsprozess wurde nicht beschrieben. Die Validität der Erhebungsinstrumente ist unklar. Die Unterschiede in der Ätiologie bzw. der neurologischen Ausprägung (Hypertonie, Hypotonie, Mischformen) sollten jedoch hinsichtlich der klinischen Relevanz interpretiert werden. Zudem wurde die Therapieumsetzung in der

Häuslichkeit weder supervidiert noch abgefragt, so dass die Compliance der Eltern und die Therapieintensität nicht abgebildet werden konnten.

- Die randomisierte kontrollierte Studie (Evidenzstufe Ib) von Epple et al. (2020) [6] wurde von Physio Deutschland zitiert. In dieser Pilotstudie erhielten 40 Erwachsene mit akutem Schlaganfall entweder Vojta Therapie (n=20) oder konventionelle Physiotherapie (n=20) für 40 Minuten täglich über sieben Tage im stationären Setting. Als primärer Endpunkt wurde die Verbesserung der Haltungskontrolle (Messung über den Trunk Control Test) nach 9 Tagen gewählt. Zusätzlich wurden weitere sekundäre Endpunkte nach 90 Tagen untersucht. Die Haltungskontrolle verbesserte sich in der VT-Gruppe stärker als in der Vergleichsgruppe.

  Anmerkungen FBMed: Die Vergleichbarkeit der Gruppen ist aufgrund der ungleich verteilten Baseline-Variablen eingeschränkt. Eine weitere Limitation ist die geringe Studiengröße. Die Anzahl der schwerwiegenden unerwünschten Ereignisse war zwischen den Gruppen vergleichbar.

Zu diesem Themenkomplex wurden zwei relevante systematische Reviews (Evidenzstufe IIa) angegeben:

- Sánchez-González et al. (2024) [17] wurde von der DMGP zitiert. In dem systematischen Review mit Metaanalyse wurden randomisierte und nicht-randomisierte Interventionsstudien zu einem breiten Indikationsspektrum bei Erwachsenen und Kindern eingeschlossen und hinsichtlich der Wirksamkeit der VT untersucht. Die Metaanalyse auf Basis von vier RCTs (mit n=77 Kindern) zeigte bei Kindern mit neurologischen Störungen, die nach Vojta therapiert wurden, keine signifikanten Unterschiede zur Vergleichsgruppe im Endpunkt Grobmotorik. Die GRADE Bewertung für den Endpunkt „Funktion der Grobmotorik“ ergab ein hohes Biasrisiko. Signifikante Unterschiede wurden in Studien an Erwachsenen bzgl. kortikaler Aktivität und muskulärer Aktivität und bei MS Pat. bzgl. Gleichgewicht festgestellt. Allerdings wurde die Qualität der Evidenz bei allen Studien (sowohl Studien zu Erwachsenen als auch zu Kindern), die in die Bewertung eingingen, als sehr gering eingestuft (siehe Table 8 in [17]).

  Anmerkung FBMed: bzgl. Kinder siehe die STN zur VT vom 27.06.2024.

- Sanchez et al. (2022) [18] wurde von der GNP/DGKJ zitiert. Ziel der Studie war es, den Unterschied zwischen den in der Praxis umgesetzten Therapieverfahren und der wissenschaftlichen Evidenz für die Behandlung von Kindern mit Zerebralparese zu untersuchen. Dazu wurden ein systematischer Review und eine Befragung von Therapeutinnen/Therapeuten (Physiotherapie, Pädiatrische Physiotherapie, Ergotherapie, Neuro-Psychomotorik) durchgeführt. Über den systematischen Review wurden 16 Physiotherapieverfahren identifiziert, bei denen Evidenz für die Therapie von Kindern mit Zerebralparese vorlag. Über eine schriftliche Befragung wurden der Kenntnisstand zu diesen Therapieverfahren, die Nutzung/Umsetzung und die Zufriedenheit mit diesen Verfahren abgefragt. Es nahmen 43 Therapeutinnen/Therapeuten teil. Im Ergebnis zeigte sich eine starke Korrelation zwischen den am häufigsten eingesetzten Therapieverfahren und der Zufriedenheit mit diesen Therapien (z. B. das Bobath Konzept/NDT). Allerdings fand sich auch eine deutliche

Diskrepanz zwischen der Nutzung einiger Therapieverfahren in der klinischen Praxis und der wissenschaftlichen Evidenz zu diesen Verfahren. So setzen z. B. viele Therapeutinnen/Therapeuten die VT nicht in der Praxis um, obwohl ihnen diese Methode bekannt ist. Als Erklärung dafür wurde mangelnde hochwertige Evidenz diskutiert.

Anmerkungen FBMed: Diese Studie wurde als interessant eingestuft, da hier außer den Therapien nach Vojta und Bobath noch weitere Verfahren aufgeführt wurden. Nicht zu beachten wären allerdings die Therapieverfahren, die als Heilmittel ausgeschlossen sind (z. B. Hippotherapie, Simulation der Hippotherapie).

Die zugrunde liegende Evidenz des systematischen Reviews wurde nicht aufgeführt.

- Die Publikation von Ungureanu et al. (2022) [22] wurde von der DGOU, dem IFK, der IVG und dem VPT zitiert. In der Fallserie (Evidenzstufe IV) erhielten 12 Kinder mit CP im Alter von 3 bis 11 Jahren eine Kombination aus VT und Bobath Konzept. Nach sechs Monaten zeigte sich eine positive Auswirkung der kombinierten Therapie auf das Gleichgewicht (Modified Berg Balance Scale) sowie auf die Gewichtsverteilung zwischen den Füßen.

  Anmerkung FBMed: Die Ergebnisse können aufgrund der methodischen Einschränkungen (Fehlen einer Vergleichs- oder Kontrollgruppe) nicht als ein Nachweis der Wirksamkeit betrachtet werden.

- Das Curriculum zu den Weiterbildungskursen in der Vojta Therapie für Säuglinge, Kinder, Jugendliche und Erwachsene – Stand 2011 (siehe 16_IVG_inkl-Anlagen.pdf, Seiten 21-49) wurde von der IVG und Physio Deutschland zitiert. Das Curriculum umfasst die Inhalte zu den Kursen für angewandte Entwicklungkinesiologie nach Vojta bei bewegungsgestörten
  - Säuglingen, Kindern und Jugendlichen mit 320 Unterrichtseinheiten (UE) (davon 80 UE ärztliche Theorie) und
  - Jugendlichen und Erwachsenen mit 240 UE (davon 40 UE ärztliche Theorie).

  Folgende Ziele sollen erreicht werden (nach Standards und Leitlinien IVG):

  a) die Inhalte der Reflexlokomotion nach Vojta erklären können,

  b) die Muster der idealen und pathologischen motorischen Entwicklung des Menschen kennen,

  c) den therapeutischen Fokus des Pat. erkennen, das Behandlungsprogramm darauf einstellen und verbalisieren können, ob, wie und wo der Pat. unter der Aktivierung Ersatzmuster zeigt und als Therapeut damit umgehen können,

  d) die Technik der Aktivierung der Reflexlokomotion beherrschen,

  e) Eltern oder Bezugspersonen der Pat. entsprechend anleiten können.

  Die Kursziele werden im Curriculum in Teilziele unterteilt und notwendige Lerninhalte dargestellt. Das Thema „Assessments und Dokumentation in der Vojta-Therapie“ findet sich nur als Stichpunkt im Theorieteil für Ärztliche Themen (Seite 48 im pdf).

Referenzen

1. **Bernhardt J, Cramer SC.** Giant steps for the science of stroke rehabilitation. Int J Stroke 2013;8(1):1-2.
2. **Bernhardt J, Godecke E, Johnson L, Langhorne P.** Early rehabilitation after stroke. Current Opinion in Neurology 2017;30(1):48-54.
3. **Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten - IFK.** IFK Patienteninformationen: Therapiemethoden/-konzepte; Vojta-Therapie [online]. Bochum (GER): Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten - IFK. [Zugriff: 29.07.2025]. URL: https://ifk.de/patienteninformation/therapien/30/vojta-therapie.
4. **CanChild.** Family-centred service [online]. Hamilton (CAN): McMaster University; 2025. [Zugriff: 16.06.2025]. URL: https://canchild.ca/en/research-in-practice/family-centred-service.
5. **Donnan GA.** Rehabilitation: the sleeping giant of stroke medicine. Int J Stroke 2013;8(1):1.
6. **Epple C, Maurer-Burkhard B, Lichti MC, Steiner T.** Vojta therapy improves postural control in very early stroke rehabilitation: a randomised controlled pilot trial. Neurol Res Pract 2020;2:23.
7. **Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA).** Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie/HeilM-RL); zuletzt geändert am 20. Februar 2025 [online]. Berlin (GER): G-BA; 2025. [Zugriff: 24.07.2025]. URL: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3842/HeilM-RL_2025-02-20_iK-2025-07-01.pdf.
8. **Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA).** Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses, zuletzt geändert am 17. Oktober 2024 [online]. Berlin (GER): G-BA; 2025. [Zugriff: 24.07.2025]. URL: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3830/VerfO_2024-10-17_iK_2025-05-29.pdf.
9. **GKV-Spitzenverband.** Anlage 1: Leistungsbeschreibung zum Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V über die Versorgung mit Leistungen der Physiotherapie und deren Vergütung [online]. Berlin (GER): GKV-Spitzenverband; 2024. [Zugriff: 22.08.2025]. URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/heilmittel/vertraege_125abs1/physiotherapie/20241202_Lesefassung_Anlage_1_gueltig_ab_01.12.2024_Leistungsbeschreibung_Physio.pdf.
10. **Jung MW, Landenberger M, Jung T, Lindenthal T, Philippi H.** Vojta therapy and neurodevelopmental treatment in children with infantile postural asymmetry: a randomised controlled trial. J Phys Ther Sci 2017;29(2):301-306.

11. **Laufens G, Poltz W, Prinz E, Reimann G, Schmiegelt F.** Alternierende Laufband-Vojta-Laufband-Therapie bei stark gehbehinderten Patienten mit multipler Sklerose. Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin 2004;14(3):134-139.

12. **Laufens G, Poltz W, Prinz E, Reimann G, Schmiegelt F.** Verbesserung der Lokomotion durch kombinierte Laufband-/Vojta-Physiotherapie bei ausgewählten MS-Patienten. Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin 1999;9(05):187-189.

13. **Lennon S, Baxter D, Ashburn A.** Physiotherapy based on the Bobath concept in stroke rehabilitation: a survey within the UK. Disabil Rehabil 2001;23(6):254-62.

14. **Parau D, Todoran AB, Barcutean L, Avram C, Balasa R.** The benefits of combining Bobath and Vojta therapies in infants with motor development impairment-a pilot study. Medicina (Kaunas) 2023;59(10):1883.

15. **Pollock A, Baer G, Campbell P, Choo PL, Forster A, Morris J, et al.** Physical rehabilitation approaches for the recovery of function and mobility following stroke. Cochrane Database of Systematic Reviews [online]. 2014(4):CD001920. URL: https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD001920.pub3.

16. **Pollock A, Baer G, Pomeroy V, Langhorne P.** Physiotherapy treatment approaches for the recovery of postural control and lower limb function following stroke. Cochrane Database of Systematic Reviews [online]. 2007(1):CD001920. URL: https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD001920.pub2.

17. **Sanchez-Gonzalez JL, Sanz-Esteban I, Menendez-Pardinas M, Navarro-Lopez V, Sanz-Mengibar JM.** Critical review of the evidence for Vojta therapy: a systematic review and meta-analysis. Front Neurol 2024;15:1391448.

18. **Sanchez C, Lerma-Lara S, Garcia-Carmona R, Urendes E, Laccourreye P, Raya R.** Studying the research-practice gap in physical therapies for cerebral palsy: preliminary outcomes based on a survey of Spanish clinicians. Int J Environ Res Public Health 2022;19(21):14535.

19. **Sarimski K, Hintermair M, Lang M.** Familienorientierte Frühförderung von Kindern mit Behinderung, 2. Aufl. München: Reinhardt; 2021.

20. **Schlack H.** Seelische Gesundheit und Entwicklung behinderter Kinder. Kinderärztliche Praxis 2015;86(6):370-375.

21. **Stroke Unit Trialists' Collaboration.** Organised inpatient (stroke unit) care for stroke. Cochrane Database of Systmatic Reviews [online]. 2013(9):CD000197. URL: https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD000197.pub3.

22. **Ungureanu A, Rusu L, Rusu MR, Marin MI.** Balance rehabilitation approach by Bobath and Vojta methods in cerebral palsy: a pilot study. Children (Basel) 2022;9(10):1481.

23. **Van Hedel HJ.** Improvement in function after spinal cord injury: the black-box entitled rehabilitation. Swiss Med Wkly 2012;142:w13673.

24. **Von Reumont A.** Kombination von Laufbandtherapie und Physiotherapie nach Vojta bei akuter inkompletter Querschnittlähmung [Abstract]. Bundeskongress Physiotherapie; 20.-22.09.2012; Leipzig, Deutschland. www.physio-deutschland.de/fileadmin/data/bund/events/BuKo2012/Abstracts/BuKo2012_Abstract_von_Reumont.pdf.

25. **Walker MF, Fisher RJ, Korner-Bitensky N, McCluskey A, Carey LM.** From what we know to what we do: translating stroke rehabilitation research into practice. Int J Stroke 2013;8(1):11-17.

26. **Zmyslna A, Kiebzak W, Zurawski A, Pogorzelska J, Kotela I, Kowalski TJ, et al.** Effect of physiotherapy on spinal alignment in children with postural defects. Int J Occup Med Environ Health 2019;32(1):25-32.

27. **Zukunft-Huber B.** Kommt mein Kind zum Laufen? Therapieerfolge in der Kinderphysiotherapie. Lübeck: Schmidt-Roemhild; 2025.

28. **Zurawski A, Kiebzak W, Zmyslna A, Pogozelska J, Kotela I, Kowalski TJ, et al.** Efficacy of the use of the McKenzie and Vojta methods to treat discopathy-associated syndromes in the pediatric population. Int J Occup Med Environ Health 2019;32(1):33-41.

Anhang: Originalantworten auf Frage 3

Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)

3.1

Unserer Erfahrung nach wird die Vojta-Therapie bei Erwachsen sowohl als eigenständige Therapie angewandt, als auch mit anderen Therapieansätzen verknüpft. Die Vojta-Therapie wird als Basistherapie angewandt unter der Vorstellung das zentrale Nervensystem für nachfolgende funktionelle Therapieeinheiten (wie zum Beispiel Selbstständigkeitstraining, Mobilisation, Gangschule, Ergotherapie) zu aktivieren. Nach unseren Beobachtungen im klinischen Alltag bei Schlaganfall-Patienten erscheint eine Kombination der Vojta-Therapie mit anderen Therapieansätzen sinnvoll.

3.2

Uns sind keine Studien bekannt, welche die Wirksamkeit einer Kombination von Vojta Therapie mit anderen physiotherapeutischen Verfahren untersucht haben. Wir weisen darauf hin, dass das gegenwärtige evidenzbasierte Wissen über Rehabilitation und Erholung nach einem Schlaganfall nach wie vor unzureichend ist, wenn auch Veröffentlichungen zur Schlaganfallrehabilitation in den letzten 20 Jahren exponentiell gewachsen sind (Donnan, 2023 und Walker et al., 2013). Es ist nicht bekannt, welche spezifische Therapie oder Kombination verschiedener Therapien zu einer Funktionsverbesserung führt (Bernhardt und Cramer, 2013). Für die Überlegenheit eines Therapieverfahrens gegenüber einem anderen gibt es keine Evidenz (Stroke Unit Trialists, 2013). Vor der Einführung spezieller Therapiemethoden wurden Schlaganfall-Patienten mit orthopädischen und kompensatorisch orientierten Therapieansätzen behandelt. Zu diesen gehörten Dehnen, Stützen und Kräftigen der betroffenen Seite, sowie ein vermehrter kompensatorischer Einsatz der gesunden Seite. Ziel war ein schnelles Erreichen von Selbstständigkeit (Lennon S, 1996). Gegenwärtig wird bei Schlaganfall-Patienten weltweit, aber vor allem in Europa, überwiegend das Bobath-Konzept eingesetzt (Lennon S et al., 2001) [13]. Das Bobath-Konzept basiert auf neurophysiologischen und entwicklungsneurologischen Grundlagen und orientiert sich an den Ressourcen des Patienten. Moderne Rehabilitationskonzepte nach einem Schlaganfall verfolgen einen ganzheitlichen Therapieansatz. Sie beschränken sich nicht auf einzelne Techniken. Eine Kombination verschiedener Verfahren wird empfohlen und ist üblich. Hierzu gehört in vielen Kliniken auch die Vojta Therapie.

Literatur:

Donnan, G. A. (2013). Rehabilitation: the sleeping giant of stroke medicine. Int J Stroke 8, 1, doi: 10.1111/ijs.12027. [5]

Walker, M. F., Fisher, R. J., Korner-Bitensky, N., McCluskey, A. und Carey, L. M. (2013). From what we know to what we do: translating stroke rehabilitation research into practice. Int J Stroke 8, 11-17, doi: doi: 10.1111/j.17474949.2012.00974.x. [25]

Bernhardt, J. und Cramer, S. C. (2013). Giant steps for the science of stroke rehabilitation. Int J Stroke 8, 1-2, doi: 10.1111/ijs.12028. [1]

Stroke Unit Trialists Collaboration (2013). Organised inpatient (stroke unit) care for stroke. Cochrane Database Syst Rev, CD000197, doi: 10.1002/14651858.CD000197.pub3. [21]

Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten – IFK e.V.

3. und 3.1:

Die Vojta-Therapie wird heute noch als eigenständige Therapieform angewandt. Allerdings wird sie in der Praxis auch mit anderen Konzepten kombiniert. Aus therapeutischer und ethischer Sicht entscheiden sich manche Therapeuten, die Vojta-Therapie allein anzuwenden, während andere sie in Kombination mit anderen Therapie-Konzepten - wie beispielsweise Bobath - nutzen. Daneben arbeiten unsere Mitglieder interprofessionell mit Ergotherapeuten und Logopäden zusammen, die wiederum ihre eigenen Therapieansätze einbringen.

3.2

Es liegen zwei Pilotstudien vor, in denen eine Kombination von Bobath und Vojta untersucht wurde:

Ungureanu, A.; Rusu, L.; Rusu, M.R.; Marin, M.I. Balance Rehabilitation Approach by Bobath and Vojta Methods in Cerebral Palsy: A Pilot Study. Children 2022, 9, 1481. https://doi.org/10.3390/ children9101481 [22]

Das Rehabilitationsprogramm wurde auf der Grundlage von zwei Methoden entwickelt: Bobath und Vojta. Eine 90minütige Physiotherapie-Sitzung beginnt mit einer 20-minütigen Vojta-Therapie-Aktivierung. Zwischen den beiden Therapien gibt es eine 10-minütige Pause, dann wird die Sitzung mit Bobath-Übungen im Rahmen der 3 vorgeschlagenen körperlichen Übungen für 60 Minuten fortgesetzt. 5 Tage pro Woche, 6 Monate.
Die Kombination der beiden Methoden haben sich als nützlich für die Rehabilitation erwiesen, was sich in der Verbesserung der Werte auf der Berg-Balance-Scale widerspiegelt.

Hinweis zur Studie:

Das in der Studie durchgeführte Rehabilitationsprogramm entspricht nicht der ambulanten Versorgungspraxis, da von einer Behandlungszeit von 60 Minuten, 5 Tage pro Woche für 6 Monate ausgegangen wird, obwohl die Regelbehandlungszeit laut Rahmenvertrag nur 30-45 Minuten bei Kindern und 25-35 Minuten bei Erwachsenen mit einer Therapiefrequenz von beträgt.

Parau, D.; Todoran, A.B.; Barcutean, L.; Avram, C.; Balasa, R. The Benefits of Combining Bobath and Vojta Therapies in Infants with Motor Development Impairment—A Pilot Study. Medicina 2023, 59, 1883. https://doi.org/10.3390/medicina59101883 [14]

In der kombinierten Bobath- und Vojta-Gruppe wurde bei 50 % der Teilnehmer eine vollständige motorische Erholung erreicht, wobei die vollständige Erholung nach sechs Monaten eintrat, während in den reinen Bobath- oder Vojta-Therapiegruppen die vollständige Erholung bei allen Teilnehmern nach sieben Monaten erreicht wurde. Bei Säuglingen mit Muskelhypertonie zeigte sich bei Einleitung der Bobath-Therapie in mehr als 50 % der Fälle eine vollständige Erholung nach 5 Monaten, während dies bei Vojta nur in 33,57 % der Fälle erreicht wurde. Schlussfolgerungen: Die vergleichende Auswertung der Daten über die Anwendung der Bobath- und der Vojta-Methode hat gezeigt, dass die Kombination dieser beiden Therapien zu einer kürzeren Erholungszeit des motorischen Defizits führt als die Anwendung einer einzigen Therapie.

DMGP

Zu 3. Im Kontext der umfassende Versorgung von Querschnittgelähmten in Deutschprachigen Querschnittgelähmtenzentren gibt es keine gezielten Erhebungen, welche belastbare Informationen darüber gibt, ob die Vojta-Therapie in diesem Bereich als „eigenständige Therapieform“ angewendet wird. Grundsätzlich ist davon auszugehen das zumindest Elemente der Vojta-Therapie noch Bestandteil des physiotherapeutische Methodenspektrums in einigen Querschnittgelähmtenzentren darstellt.

3.1

Das Therapie Konzept Vojta kann mit allen anderen klassischen Therapiekonzepten und Methoden in der Physiotherapie kombiniert werden. Ebenfalls besteht die Möglichkeit die Vojta Therapie mit neuromodulativen Behandlungsansätzen wie der transkutanen Rückenmarkstimulation zu kombinieren. Es liegt jedoch keine evidenzbasierte wissenschaftliche Publikation hierfür vor. Es gibt jedoch Literatur, die bei Menschen nach Schlaganfall den multimodalen Behandlungsansatz belegen. Da es sich sowohl beim Menschen nach Querschnittlähmung (häufig) als auch bei Menschen nach einem Schlaganfall um eine Schädigung des Zentralnervensystems handelt, ist der untersuchte Ansatz prinzipiell vergleichbar (Pollock A, Baer G, Campbell P, Choo PL, Forster A, Morris J, Pomeroy VM, Langhorne P. Physical rehabilitation approaches for the recovery of function and mobility following stroke. The Cochrane Library. 2014 Jan 1., Pollock A, Baer G, Pomeroy VM, Langhorne P. Physiotherapy treatment approaches for the recovery of postural control and lower limb function following stroke. The Cochrane Library. 2007 Jan 1). [15,16]

3.2

In einer Übersichtsarbeit (van Hedel Swiss Medical Weekly 2012 [23]) ist dargelegt, dass keine Evidenz für die Behandlung Querschnittgelähmter mit Vojta allein oder in Kombination vorliegt („evidence for the efficacy of Vojta in patients with SCI does not exist“). Für neurologische Erkrankungen allgemein existieren 3 randomisierte kontrollierte Studien an Multiple Sklerose-und Schlaganfallpatienten, die geringe Effekte (Vojta-Therapie + „konventionelle“ Therapie) in Bezug auf Balance und Gehen beschreiben (zusammengefasst in Sanchez-Gonzalez Frontiers Neurol 2024). [17]

Bobath Zukunft! e. V.

Entzieht sich unserer Kenntnis

VIFF-BV

3.1

Die Therapie wird mit den Bedürfnissen des Kindes, der Eltern und des Umfelds abgestimmt. Häufig wird die Therapie nach dem Vojta-Prinzip mit dem Handling nach dem Bobath-Konzept kombiniert. Kombination auch mit Hilfsmittelversorgung

3.2

keine bekannt

VIFF-Sachsen Lebenshilfe Dresden

3.1

Therapie wird eigenständig angewendet und auch so verordnet von Ärzten. Sollten lt. Arzt noch andere Therapieformen genutzt werden, dann wäre eine Zweitverordnung notwendig.

3.2

Diese Frage wurde nicht beantwortet.

DGOU

3.1

Die Vojta-Therapie wird sowohl als eigenständige Therapieform als auch in Konzepten mit anderen Therapieformen angewandt. Dabei kommen alle gängigen physiotherapeutischen Methoden zum Einsatz, häufig eine Kombination mit der Therapie nach Bobath oder manualtherapeutischen Techniken. Die alleinigen oder kombinierten Behandlungen kommen individualisiert zum Einsatz.

3.2

Es gibt positive Evidenz für die Kobination von Vojta mit Bobath in zwei Pilotstudien:

Ungureanu et al: Balance Rehabilitation Approach by Bobath and Vojta Methods in Cerebral Palsy: a pilot study. Children (Basel) 2022; 28: 1481 [22]

Parau et al: The benefits of combining Bobath and Vojta Therapies in infants with motor development impairment – a pilot study. Midicina (Kaunas) 2023; 59: 1883 [14]

Physio-Deutschland

3.1

Die Vojta-Therapie wird als eigenständige Therapieform angewandt und ist im ambulanten und stationären Setting häufig ein Baustein im interdisziplinären Therapieansatz.

Durch die Verbesserung in der Körperhaltungssteuerung kommt es zu einer optimierten Voraussetzung für Ergotherapie, Logopädie und die Frühförderung.

Bei einigen Diagnosen wird Vojta mit Manueller Therapie, Bobath, und /oder Osteopathie kombiniert. Im stationären Bereich wird Vojta häufig vor aktivierenden Pflegeeinheiten bzw. zur Verbesserung der Füttersituation (Neonatologie) eingesetzt.

3.2

Epple C, Maurer-Burkhard B, Lichti MC, Steiner T. Vojta therapy improves postural control in very early stroke rehabilitation: a randomised controlled pilot trial. Neurol Res Pract. 2020 Aug 20;2:23. doi: 10.1186/s42466020-00070-4. PMID: 33324926; PMCID: PMC7650119 [6]

Laufens, G., Poltz, W., Prinz, E., Reimann, G., & Schmiegelt, F. (1999). Verbesserung der Lokomotion durch kombinierte Laufband-/Vojta-Physiotherapie bei ausgewählten MS-Patienten. Physikalische Medizin Rehabilitationsmedizin Kurortmedizin, 09(05), 187–189. https://doi.org/10.1055/S-2008-1061803 [12]

DGPTW

Sie wird häufig mit anderen Konzepten kombiniert.

3.1

Vojta ist eine gute Basis für viele Therapieformen. Im interdisziplinären Setting, kann eine Aktivierung der Orofazialen Muskulatur durch Vojta z.B. vor eine Logopädische Behandlung gelegt werden. Innerhalb einer physiotherapeutischen Behandlung, wird Vojta mit Bobath, Krafttraining, ADL-Training, Elternanleitung etc. kombiniert werden und dient oft als Basis. So können z.B. akute Rückenschmerzen über die Aktivierung nach Vojta reduziert werden und so ein aktives Training ermöglichen.

3.2

Keine bekannt

Bobath-Vereinigung_Wissenschaftsbeirat

Diese Frage wurde nicht beantwortet.

Bobath-Vereinigung_Therapeut

3.1

Vojta besteht als eigenständige Therapieform, wird aber von manchen Therapeuten mit zum Beispiel Bobath kombiniert.

3.2

Mir sind über die Wirksamkeit von einer kombinierten Anwendung keine Studien bekannt.

VAKJP

Diese Frage wurde nicht beantwortet.

DGNR

3.1

Heute wird die Vojta-Therapie noch vielfältig in Kliniken und Praxen eingesetzt und versteht sich weiterhin als überwiegend eigenständige Therapieform, die nur in geringem Umfang unmittelbar mit anderen Methoden kombiniert wird. Ausgebildete Vojta-Therapeuten haben häufig zusätzliche Weiterbildungen in anderen klassischen „TherapieSchulen“ wie zum Beispiel PNF oder Bobath.

3.2

Entsprechend der fehlenden Evidenzlage für die Vojta-Therapie an sich sind uns keinerlei Studien zur Kombination bekannt.

GNP

3.1

Verlässliche Daten liegen hierzu nicht vor. Im gelebten Alltag ist es jedoch so, dass nur noch ausnahmsweise eine „reine", d.h. „nur" den Methoden und Konzepten von Vojta oder Bobath folgende Physiotherapie angewendet wird, Mögliche Kombinationen beschreibt z.B. diese Studie aus Spanien, die jedoch nicht so sehr von der Praxis in Deutschland abweichen sollte (Sanchez 2022). [18]

3.2

Nach unserem Wissensstand sind die kombinierten Ansätze von Vojta und anderen Therapien nie untersucht worden. Nach dem allgemeinen Verständnis im Vojta-Konzept wäre eine solche Studie auch eher nicht sinnvoll, da die Vojta-Therapie den Anspruch erhebt, als exklusive physiotherapeutische Methode ausreichend (und überlegen) zu sein. Auch dies bedeutet nicht, dass sich sicherlich auch breit ausgebildete Therapeuten finden, die das Vojta Prinzip beherrschen und darin ausgebildet sind und interessiert wären, kombinierte Behandlungen zu untersuchen. Nach unserer Beurteilung existiert hier eine Differenz zwischen dem noch immer von der IVG postulierten Absolutheitsanspruch im Bereich der Physiotherapie und der gelebten Praxis.

DGSPJ

3.1

Im Säuglings- und Kleinkindalter wird die Vojta-Therapie häufig kombiniert mit:

- ausführlicher Handlingsberatung
- Elementen aus dem Bobath-Konzept
- Vibrationstherapie nach Galileo
- Manueller Therapie, insbesondere bei Säuglingen mit zentraler Koordinationsstörung und zusätzlichen funktionellen Störungen der Wirbelsäule
- Kombination mit Osteopathie insbesondere bei Säuglingen mit Zentraler Koordinationstörung nach schwierigen Geburten

Im Erwachsenenalter wird die Vojta-Therapie beispielsweise bei Schlaganfallpatienten sowohl als eigenständige Therapie angewandt, als auch mit anderen Therapieansätzen verknüpft. Die Vojta-Therapie wird als Basistherapie angewandt unter der Vorstellung, das zentrale Nervensystem für nachfolgende funktionelle Therapieeinheiten (wie zum Beispiel Selbstständigkeitstraining, Mobilisation, Gangschule, Ergotherapie) zu aktivieren.

3.2

Uns sind keine Studien bekannt, welche die Wirksamkeit einer Kombination von Vojta-Therapie mit anderen physiotherapeutischen Verfahren untersucht haben.

Literatur:

Donnan, G. A. (2013). Rehabilitation: the sleeping giant of stroke medicine. Int J Stroke 8, 1, doi: 10.1111/ijs.12027. [5]

Walker, M. F., Fisher, R. J., Korner-Bitensky, N., McCluskey, A. und Carey, L. M. (2013). From what we know to what we do: translating stroke rehabilitation research into practice. Int J Stroke 8, 11-17, doi: doi: 10.1111/j.17474949.2012.00974.x. [25]

Bernhardt, J. und Cramer, S. C. (2013). Giant steps for the science of stroke rehabilitation. Int J Stroke 8, 1-2, doi: 10.1111/ijs.12028. [1]

Stroke Unit Trialists Collaboration (2013). Organised inpatient (stroke unit) care for stroke. Cochrane Database Syst Rev, CD000197, doi: 10.1002/14651858.CD000197.pub3 [21]

VPT

3.1

Diese Frage wurde nicht beantwortet

3.2

Da die Vojta-Therapie ein Bestandteil des Heilmittelkatalogs [7] ist und eine eigenständige Weiterbildung, die zu Abrechnung dieses Heilmittels berechtigt, ist sie auch heute noch eine gängige, eigenständige Therapieform. Viele Therapeut*innen, die im Kinderbereich tätig sind, weisen auch die Weiterbildung Bobath auf, sodass davon auszugehen ist, dass es auch im Rahmen einer Behandlung zu einer Vermischung der beiden Konzepte kommen kann, sofern der Therapeut dies für notwendig erachtet. Dies lässt sich allerdings nicht nachweisen, da dies zur individuellen Therapieplanung gehört. Andere Techniken oder Anwendungsgebiete der Physiotherapie lassen sich bei Öffnung des Konzeptdenkens integrieren. Inwieweit dies geschieht können wir aber aufgrund der individuellen Therapieplanung nicht benennen.

Es liegen Pilotstudien vor, die bei unterschiedlicher Indikation (motorische Entwicklungsstörungen und Zerebralsparese) die Kombination von Vojta und Bobath untersuchen. Eine abschließende Beurteilung der Ergebnisse und der Studienqualiät können wir hier nicht vornehmen.

- https://doi.org/10.3390/ children9101481 [22]
- https://doi.org/10.3390/medicina59101883 [14]

IVG

Die Vojta-Therapie wurde und wird weiterhin sowohl als eigenständige Therapieform angewendet, als auch mit weiteren etablierten Therapiekonzepten kombiniert. Wie in (2) ausgeführt, erfolgt dazu der kontinuierliche Abgleich, welche Kombinationen mit der Vojta-Therapie sinnvoll bzw. empfehlenswert sind. Die individuelle Situation der Patient:innen sowie deren jeweilige Belastbarkeit und die des sozialen Umfeldes werden bei der therapeutischen Planung sorgfältig berücksichtigt. Das gemeinsam mit den Patient:innen und/oder deren Bezugspersonen festgelegte Therapie- und Teilhabeziel fließt maßgeblich in die Auswahl und Kombination der einzusetzenden Therapien mit ein.

Wie auch bei anderen physiotherapeutischen Methoden, sind auf diesem Weg Studien mit einem hohen Evidenzniveau kaum zu realisieren. Evidenz durch die differenzierte Publikation einer großen Anzahl einzelner Verläufe ist allerdings möglich; als Beispiel hierfür kann die Monografie von Zukunft Huber: Kommt mein Kind zum Laufen? Therapieerfolge in der Kinderphysiotherapie, Schmidt-Römhild-Verlag, Lübeck 2025 [27] genannt werden.

3.1

Im Säuglings-, Kinder- und Erwachsenenbereich wird die Vojta-Therapie mit etablierten Behandlungs- und Hilfsmittelkonzepten kombiniert. Eine Verknüpfung mit anderen Therapieformen ist vor allen Dingen dann zu überlegen, wenn die eine Therapieform die Voraussetzungen für die andere begünstigt oder / und wenn beide Therapieformen synergistisch wirken.

Im Säuglings- und Kinderbereich ist dies in der Kombination von manueller Medizin / Osteopathie, aber auch in der Anwendung des Konzeptes von Castillo-Morales zur orofazialen Therapie gegeben. Gute Kombinationsmöglichkeiten ergeben sich zwischen der Vojta-Therapie und der Behandlung nach Bobath im Bereich des Handlings. Bei frühkindlichen Regulationsstörungen bietet sich die Kombination mit entwicklungspsychologischer Beratung oder Hilfeangeboten z.B. durch ESKB (Eltern-Säuglings-Kleinkind-Beratung) in Sozialpädiatrischen Zentren an. Auch für andere Therapierichtungen – Logopädie, Heilpädagogik, Motopädie – stellt Vojta als Basistherapie eine gute Ergänzung dar.

Im Erwachsenenbereich ist die Vielfalt an Therapien groß. Gute Kombinationsmöglichkeiten sind u.a. in der Verknüpfung mit manueller Medizin / Osteopathie gegeben. Zudem können hier funktionelles und aufgabenspezifisches Training, Spiegeltherapie, Laufbandtraining, Mobilisations- und Gangschulkonzepte aufgeführt werden. Gut untersucht und publiziert ist die Kombination von Vojta-Therapie mit Laufbandtherapie bei Multipler Sklerose (G. Laufens et al, 2004). [11]

Auch im Bereich der Querschnittslähmung wurde ein guter Effekt in der Verbindung von Laufbandtherapie und Vojta-Therapie aufgezeigt (von Reumont, A., 2012). [24]

Grundsätzlich gilt, dass aktivierende und „bahnende“ Behandlungsmaßnahmen zur Kombination eher in Betracht kommen als passiv-aufrichtende Behandlungsformen. Das gilt auch für die Kombination der Vojta-Therapie mit der Versorgung von orthopädischen Hilfsmitteln (z.B. Einlagenversorgung, Orthesen, Rollstuhl).

3.2

Grundsätzlich gestaltet sich die Durchführung von Studien mit hohem Evidenzniveau im Bereich physiotherapeutischer Behandlungen schwierig, da diese stark von individuellen Interaktionen innerhalb des therapeutischen Prozesses geprägt sind.

Kommt es zu individuell zugeschnittenen Therapiekombinationen, erhöht sich die methodische Komplexität – ohne dass das Fehlen entsprechender Studien als Nachweis für eine unzureichende oder fehlende Wirksamkeit interpretiert werden darf.

Die Untersuchungen von G. Laufens zur kombinatorischen Behandlung – Vojta-Therapie und Laufbandtherapie – von motorischen Störungen bei Patient:innen mit Multipler Sklerose sind hervorzuheben. In dieser randomisierten kontrollierten Studie wurde nachgewiesen, dass es eine signifikante Wirksamkeit der Kombination beider Behandlungsformen gegenüber der jeweiligen Einzelanwendung gibt.

Laufens, G., Poltz, W., Prinz, E., Reimann, G., Schmiegelt, F. (2004). Alternierende Laufband-Vojta-Laufband-Therapie bei stark gehbehinderten Patienten mit multipler Sklerose. In: Phys Rehab Kur Med 14 (3), S. 134–139. DOI: 10.1055/s-2003-814921. [11]

Von Reumont, A. (2012). Kombination von Laufbandtherapie und Physiotherapie nach Vojta bei akuter inkompletter Querschnittlähmung. Abstract beim Bundeskongress Physiotherapie September 2012 in Leipzig www.physiodeutschland.de/fileadmin/data/bund/events/BuKo2012/Abstracts/BuKo2012_Abstract_von_Reumont .pdf. [24]

Ungureanu, A.; Rusu, L.; Rusu, M. R.; Marin, M. I. (2022). Balance rehabilitation approach by Bobath and Vojta methods in cerebral palsy: A pilot study. Children (Basel, Switzerland) 9 (10). DOI: 10.3390/children9101481 [22]

Zmyślna, A., Kiebzak, W., Żurawski, A., Pogorzelska, J., Kotela, I., Kowalski, T. J. et al. (2019). Effect of physiotherapy on spinal alignment in children with postural defects. International journal of occupational medicine and environmental health 32 (1), S. 25–32. DOI: 10.13075/ijomeh.1896.01314 [26]

Żurawski, A.; Kiebzak, W., Zmyślna, A., Pogożelska, J.; Kotela, I., Kowalski, T. J. et al (2019). Efficacy of the use of the McKenzie and Vojta methods to treat discopathy-associated syndromes in the pediatric population. International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health 32 (1), S. 33–41. DOI: 10.13075/ijomeh.1896.01309 [28]

Anhang: Originalantworten auf Frage 6

Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)

6.1

In der Vojta-Therapie sind die Zonen über welche die afferenten Reize gesetzt werden klar definiert. Zudem findet die Therapie in klar definierten Ausgangspositionen (Bauchlage, Seitlage, Rückenlage, Hocke) statt mit definierten Winkeleinstellungen der Extremitäten. Bei der Therapie bedarf es keiner willentlichen Mitarbeit des Patienten. Welche Position als Ausgangslage gewählt wird und über welche Zonen der Therapeut die Bewegungsmuster stimuliert, obliegt dem ausgebildeten und zertifizierten Vojta-Therapeuten und variiert je nach Belastbarkeit des Patienten und dem zu Grunde liegendem Krankheitsbild. So kann beispielsweise ein Patient mit Multipler Sklerose in die Hocke mobilisiert werden, ein Patient auf der Intensivstation mit Hemikraniektomie bei malignem Mediainfarkt wird dagegen zunächst in Rückenlage behandelt.

Die Frage welche konkreten Elemente der Behandlung oder Behandlungstechniken bei ZNS-Erkrankungen unbedingt erforderlich sind entzieht sich unserer Kenntnis. Wir verweisen hier auf die Internationale Vojta-Gesellschaft oder physiotherapeutische Fach-Verbände.

6.2

Unserer Kenntnis nach werden bei der Behandlung von Kindern- und Jugendlichen erwachsene Bezugspersonen, wie beispielsweise die Eltern der Patienten regelmässig in die Therapie einbezogen und durch die Vojta-Therapeuten angeleitet.

6.3

6.3.1

Hierzu können wir mangels Expertise in der Behandlung von Säuglingen und Kindern keine Stellungnahme abgeben und verweisen auf die neuropädiatrischen und pädiatrischen Kollegen.

6.3.2

Die Einbindung von Bezugspersonen in der Vojta-Therapie bei erwachsenen neurologischen Patienten ist uns aus der klinischen Erfahrung in Deutschland nicht geläufig. In den neurologischen Akutkliniken und Rehabilitationskliniken, sowie in physiotherapeutischen Praxen wird die Vojta-Therapie unserer Einschätzung nach überwiegend von Vojta-Therapeuten selbst durchgeführt. Es gilt jedoch zu bedenken, dass insbesondere im Ausland nicht allen neurologischen Patienten eine stationäre Rehabilitation zuteil werden kann und stationäre Rehabilitationskliniken in einigen europäischen Ländern nicht existieren (Bernhardt et al., 2017). Auch die Infrastruktur ambulanter Physiotherapie ist in einigen europäischen Ländern oft deutlich schlechter ausgebildet und mit weiten Wegen verbunden. Im Austausch mit Kollegen aus dem europäischen Ausland (zum Beispiel aus Polen oder Tschechien) war zu erfahren, dass teilweise Angehörige in der Vojta-Methode geschult werden, damit nach Entlassung aus der Akutbehandlung die Therapie zu Hause fortgeführt werden kann und hierzu positive Erfahrung berichtet werden.

Literatur:

Bernhardt, J., Godecke, E., Johnson, L. und Langhorne, P. Early rehabilitation after stroke. Curr Opin Neurol. 2017; 30, 48-54. [2]

Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten – IFK e.V.

Da hier konkrete Behandlungselemente der Vojta-Therapie abgefragt werden, der IFK als Berufsverband allerdings generalistisch aufgestellt ist, möchten wir aktuell auf die noch umfangreichere Expertise der Vojta Fachgesellschaft verweisen.

DMGP

6.1

Vor Beginn der Therapie muss der neurologische Status genau beurteilt werden. Dazu gehören die Tonusverteilung, die Haltungsmuster, die Reflexaktivitäten und die Spontanmotorik. Auf dieser Grundlage wird die Therapie geplant. Die Stimulation erfolgt in definierten Ausgangsstellungen, um Reflexe zu aktivieren. Dabei müssen exakt festgelegte Zonen mit definierter Druckrichtung und -stärke stimuliert werden. Für den Erfolg der Therapie ist eine hohe Wiederholungsfrequenz entscheidend. Eine genaue Durchführung ist für den Erfolg der Vojta-Therapie wichtig. Abweichungen können deren Wirksamkeit abschwächen. Wichtig für die Therapie sind zudem die interdisziplinäre Einbettung und regelmäßige Verlaufskontrollen. Die Therapie sollte in ein Behandlungskonzept eingebettet sein, das regelmäßige Verlaufsbeurteilungen und Anpassungen des Therapieplans umfasst. Da die Therapie oft mehrmals täglich durchgeführt wird, müssen die Bezugspersonen einbezogen werden.

6.2

Ja. Der Unterschied besteht im Handling und dem aktiven Miteinbezug der Patienten. Ausserdem bedarf es häufig einer Anpassung von den Ausgangsstellungen, die beim Erwachsenen nicht immer einnehmbar sind . Die praktische Ausführung bleibt gleich. Häufig sind beim Erwachsenen die Zielsetzungen unterschiedlich, die ist aber in jeder Therapiefform der Fall und muss individuell vor Begin der Behandlungsserie definiert werden.

6.3

6.3.1

Diese Frage wurde nicht beantwortet

6.3.2

Bei Erwachsenen wird die Vojta-Therapie ausschliesslich von PhysiotherapeutInnen durchgeführt.

Bobath Zukunft! e. V.

6.1

Sowohl nach Lage der internationalen Veröffentlichungen als auch unserer fachlichen Kenntnis nach gibt es keine Elemente der Vojta-Therapie, die unbedingt erforderlich sind und anderen Therapieansätzen vorzuziehen wären

Die Unterfragen 6.2 und 6.3 wurden nicht beantwortet.

VIFF-BV

6.1

Koordinationskomplexe: Reflexkriechen und Reflexumdrehen. – Verweis an Physiotherapeuten zu genaueren Darstellung

6.2

kein Unterschied- siehe 1.2

6.3

6.3.1

In Abstimmung mit den Eltern

6.3.2

Ausschließlich TherapeutIn

VIFF-Sachsen Lebenshilfe Dresden

6.1

befundgerechte Behandlung, korrekte Ausgangsstellung und Anpassung der Zonenauswahl für den einzelnen Patienten

6.2
Dosierung der Übungen und der Zeitspanne und Wiederholungen, bei Säuglingen sind Nervenbahnen oft lediglich blockiert, stehen aber grundsätzlich zur Verfügung_ZNS noch sehr formbar; Bei Erwachsenen steht der Zugriff auf ehemals gesunde Bewegungsmuster im Vordergrund mit dem Ziel der Vermeidung von Folgeserscheinungen, Schmerzen, Einschränkung der Funktionalität
6.3
6.3.1 und 6.3.2
Anteil der Behandlung durch Therapeuten je nach Arztverordnung; Anteil an Elternarbeit individuell an Patient/Erkrankung/Familiensituation angepasst in stetem Kontakt zum Therapeuten

DGOU

6.1
Reflexkriechen in Bauchlage zum Erzielen einer Kriechbewegung, Reflexdrehen aus Rücken- und Seitenlage zum Vorbereiten oder Erreichen eines Vierfüßlergangs
6.2
ja, da andere Rückmeldungen des Patienten andere Herangehensweisen des Therapeuten erforden. Technisch wird aber gleich behandelt. Bei Erwachsenen geht es um den Zugriff auf zuvor gesunde und normale Bewegungsmuster.
6.3
ein bis zwei Therapiesitzungen pro Woche (ca. 20 Minuten) ein bis mehrmals tägliche Übungseinheiten durch die Bezugsperson bis maximal 20 Minuten pro Einheit. Weitgehend identische Vorgehensweise bei Erwachsenen.

Physio-Deutschland

6.1
Kenntnisse über:
die Inhalte des Vojta Prinzips
Kenntnisse bzgl. der normalen und pathologischen motorischen Entwicklung
<u>Ausführliche Befundanalyse</u>
Den therapeutischen Fokus erkennen und verbalisieren, auf Fragen adäquat antworten
<u>Clinical reasoning</u>
Therapieziel mit Eltern oder erwachsenen Patienten definieren und ein darauf angepasstes Behandlungsprogramm erstellen.
<u>Therapiedurchführung</u>
Die Technik der Aktivierung beherrschen, Ausweichmuster erkennen und damit umgehen, die Therapie der jeweiligen Situation anpassen (kontrollierte und fein gesteuerte Aktivierung in Abhängigkeit von Belastbarkeit und den zu beobachtenden Bewegungsantworten)
<u>Elternanleitung</u>
Theoretische und praktische Anleitung der Bezugsperson, angemessene Fehlerkorrektur, sicheres Erkennen einer problematischen Therapiesituation
Hilfestellung für die Eltern bzgl. Erkennen und Umgang mit den Kommunikationssignalen des Kindes (Mimik, Art und Veränderung der Vokalisation, Blickkontakt)
Ansprache des Kindes /Stimmführung, Beruhigungsstrategien. Theoretische Inhalte siehe Curriculum der IVG
6.2
Die Grifftechnik bei der Durchführung der Vojta Therapie ist bei Säuglingen, Kindern und Erwachsenen eine andere. Aus diesem Grunde gibt es zwei unterschiedliche Kursangebote an die Physiotherapeut*innen. Den Kinderkurs mit 320 Unterrichtsstunden und den Erwachsenenkurs mit 240 Unterrichtsstunden.

Mit erwachsenen Patienten kann kommuniziert werden, das Einnehmen der Ausgangsstellung kann vom Patienten ggf. mit Unterstützung selbständig durchgeführt werden.
Das „Sichern“ der korrekten Ausgangsstellung kann verbal erfolgen.
Veränderungen unter der Therapie können direkt kommuniziert werden.

6.3

6.3.1

Die Therapie erfolgt regelmäßig in der Praxis.
Sie wird hinsichtlich Intensität pro Einheit und Häufigkeit der Einheiten pro Tag, der Diagnose und Belastbarkeit von Kind und Eltern angepasst.
Die Verteilung der Anteile richtet sich nach dem Schwerpunkt der jeweiligen Therapiesituation. Kontrolle mit Korrektur, Einführung einer neuen Ausgangsstellung, Umstellung und Erweiterung des Hausprogrammes.
Die Eltern führen das Hausprogramm mehrmals täglich selbständig zuhause durch.
Neben Fragen zur Therapie stehen die Therapeuten selbstverständlich auch als Ansprechpartner für weitere Belange im ständigen Austausch mit den Familien.
Hilfestellung beim Handling, Fütter- und Schlafpositionen, Regulationsprobleme (vermehrtes Schreien, Schlaf - und Fütterprobleme) werden thematisiert und Lösungsvorschläge (viele KollegInnen haben Fortbildungen im intra act Konzept) besprochen.
Probleme im häuslichen Setting, Befürchtungen und Sorgen bzgl. der Entwicklung des Kindes, Hilfsmittelversorgung, interdisziplinäre Therapieoptionen, Kita-Kindergarten-Schule

6.3.2

Bei Erwachsenen ist es ähnlich.
Es werden Probleme (Durchführung, Belastbarkeit Patient/Co-Therapeut, Zeitmanagement)) bei der Umsetzung besprochen, gemeinsam Wege gesucht und ggf. eine veränderte Vorgehensweise ins Hausprogramm integriert.
Sollte kein Co-Therapeut gegeben sein, besteht die Möglichkeit ein Vojta-Eigenübungsprogramm zu erarbeiten und die Therapieeinheiten ausschließlich in der Praxis durchzuführen.

DGPTW

Anamnese/Befundung, Zielformulierung, Aufklärung, Kombination mit aktiver Therapie, gegebenenfalls Anleitung der Eltern, Abschlussbefund

6.1

Eine Behandlung sollte erst nach Durchführung einer Anamnese/ Befundung erfolgen. Hauptprobleme und Ziele des Patienten werden gemeinsam formuliert und der Patient über die Behandlung aufgeklärt. Angepasst an die Ziele werden Ausgangsstellungen gewählt und später anhand eines Postbefundes auf ihre Wirksamkeit überprüft. Die Vojtatherapie sollte möglichst mit einer aktiven Therapie kombiniert werden, die die/der Patient*in selbstständig ergänzend durchführen kann. Alternativ werden die Eltern in der Therapie nach Vojta angeleitet, um diese zusätzlich eigenständig durchführen zu können.
Der Findung des Parameters zur Überprüfung der Wirksamkeit sollte ein shared decision Prozess voran gegangen sein. Das Ziel muss SMART formuliert sein

6.2

Im Umgang mit Säuglingen und Kleinkindern ist mehr Einfühlungsvermögen gefordert. Zudem müssen die Eltern aufgeklärt und angeleitet werden. Grifftechniken und Ausgangsstellungen sind identisch. Erwachsene können aktiv die Therapie ablehnen, Säuglinge nicht.

6.3

Dies ist abhängig vom Schweregrad der Erkrankung/Behinderung, von der Compliance der Bezugspersonen und vom Stadium der Erkrankung. Besonders in der Frühphase, sollte die Therapie möglichst 2-4x täglich

durchgeführt werden. Dies kann auch durch eine Bezugsperson erfolgen. Eine regelmäßige Supervision durch eine/n Vojtatherapeuten ist notwenig.

6.3.1

Eine regelmäßige Behandlung durch die Eltern ist sinnvoll.

6.3.2

häufig gibt es keine Bezugsperson, die die Therapie zusätzlich durchführt.

Bobath-Vereinigung_Wissenschaftsbeirat

Diese Fragen wurden nicht beantwortet.

Bobath-Vereinigung_Therapeut

6.1

Vojta-Positionen (in Rückenlage, Seitlage und Bauchlage) mit 9 Druckpunkten.
Die Positionen werden wie folgt benannt: 1. Phase Drehen, 2. Phase Drehen und Reflexkriechen.
Positionen und Zonen müssen korrekt eingehalten werden.
Es wird, je nach Befund, symetrisch oder leicht asymetrisch gearbeitet.
Bei einem Säugling wird eine Position etwa 30 Sekunden gehalten, bei Kinder länger.

6.2

Die Positionen und Zonen sind bei Erwachsenen gleich, sie werden aber länger gehalten, z.B. einige Minuten lang.

6.3

6.3.1

Bei Säuglingen und bei Kinder soll die Therapie 4mal täglich von den Angehörigen durchgführt werden. Den Therapieplan erstellt ein*e Vojta-Therapeut*in und überwacht diesen regelmäßig.

6.3.2

Bei Erwachsenen findet die Therapie zu allermeist in der Praxis mit dem*der Therapeut*in statt

VAKJP

Diese Fragen wurden nicht beantwortet.

DGNR

6.1

Angesichts der oben ausgeführten kritischen Grundhaltung zur Therapie an sich sehen wir keine essentiellen Bestandteile der Therapie,

6.2

Ein Unterschied zum Einsatz zwischen Kindern und Erwachsenen ist uns ebenfalls nicht bekannt.

6.3

6.3.1

Bei Säuglingen und Kleinkindern werden Eltern häufig dazu angehalten, die Therapie mehrfach täglich auch zu Hause durchzuführen. Dies geschieht häufig mit der Begründung , dass der Behandlungserfolg sonst nicht gewährleistet wäre (persönliche Mitteilung vieler Eltern). Durch diese häufig dogmatische Instruktion haben Eltern bei Nichterfüllung der geforderten Therapie im häuslichen Umfeld ein schlechtes Gewissen und die Sorge, verantwortlich zu sein für ein schlechteres „Outcome“.

6.3.2

Prinzipiell besteht auch bei Erwachsenen die Möglichkeit des supervidierten Eigen- oder Fremdtrainings für evidenzbasierte Therapieverfahren. Dies ist jedoch nach Ansicht der DGNR für die Vojta-Therapie nicht relevant.

GNP

Da die GNP die Vojta-Therapie für weder theoretisch, noch praktisch belegt oder indiziert ansieht, können die Fragen 6.1 und 6.2 nicht beantwortet werden.

6.3

6.3.1 6.3.2

Unter 6.3 sehen wir die „Belastung" durch Reflex-Maneuver nicht indiziert und kritisch. Die Forderung an „Eltern", als „Ko-Therapeut" das eigene Kind unangenehmen Situationen auszusetzen, halten wir für nicht indiziert und sehen dies besonders kritisch.

DGSPJ

Diese Fragen wurden zusammen beantwortet.

Auf Grund der mangelhaften Studienlage, kann diese Frage nicht evidenzbasiert beantwortet werden.

VPT

Diese Fragen wurden zusammen beantwortet.

Wir können hier keine wertende Aussage zur Wichtigkeit/ Erforderlichkeit konkreter Elemente der Vojta-Therapie machen. Dies obliegt der Fachgesellschaft. Das Vojta- Konzept ist ein vorgeschriebenes Konzept, das einer inhaltlichen Logik folgt und diese, sofern konzepttreu behandelt wird, verfolgt wird. Hierzu gehören die beschriebenen Grundpositionen oder Ausgangslagen sowie das Auslösen von Reflexlokomotionen.

IVG

Die Bereitstellung einer Therapie, die nicht auf die "Ersatzmuster" bzw. die Willkürmotorik der Patient:innen zurückgreift, ist von besonderer Relevanz. Dies ist insbesondere der Fall, wenn eine Schädigung des Zentralnervensystems (ZNS) vorliegt. Im Allgemeinen sind die Patienten:innen sich der Abweichung bezüglich der Bewegungsaufträge oder der Spontanmotorik nicht bewusst.

6.1

Voraussetzung für eine wirksame und lege artis durchgeführte Vojta-Therapie ist eine spezifische Ausgangsstellung in einer definierten Lage (Bauchlage, Rückenlage, Seitenlage) bei der die exakte Winkelposition der Gelenke vorgegeben ist. Sofern eine ideale Einnahme nicht möglich ist - aufgrund von Kontrakturen, Schmerzen oder anderen limitierenden Faktoren -, besteht die Möglichkeit, die Ausgangsstellung individuell anzupassen. Eine weitere Grundlage für die Durchführung der Therapie sind die Zonen, deren Lokalisation und die Art der Auslösung exakt eingehalten werden sollten. Eine individuelle Adaption hinsichtlich der Druckstärke - Afferenz - sowie die Möglichkeit verschiedener Kombination der Zonen ist zu beachten.

Das Wissen um die klar beschriebenen kinesiologischen und muskulären Inhalte der Reflexlokomotion nach Vojta ist unumgänglich, denn Therapeut: innen müssen jederzeit auf die aktivierten motorischen und vegetativen Reaktionen der Patient:innen reagieren können, um eventuelle Ausweichbewegungen zu vermeiden/reduzieren. So besteht z.B. die Möglichkeit, das erzeugte globale Muster in seinen Teilmustern durch die Steuerung des Kopfes und der Extremitäten zu beeinflussen.

Nach der Therapie wird der Einfluss auf die Spontanmotorik der Patient:innen direkt überprüft und den Bezugspersonen bzw. den Patient:innen wird mitgeteilt die Langzeitwirkung zu beobachten, so dass bei der folgenden therapeutischen Einheit besprochen und adäquat im Rahmen der Auswahl der therapeutischen Variationen reagiert werden kann. Das Ziel ist die Spontanmotorik der Patient:innen zu verbessern und einen Effekt bezogen auf die Haltung und Körpersteuerung, auf die Aufrichtung, auf Schmerzen und Gelenkeinschränkungen zu erreichen und die Ersatzmotorik zu reduzieren.

Um eine Wirksamkeit zu erreichen, braucht es eine Mindest-Intensität an Afferenz über die Auslösung der Zonen. Inwieweit diese erreicht wird, wird an der dadurch ausgelösten (efferenten) motorischen Antwort

deutlich. Hierbei bestehen individuelle Unterschiede, die einerseits konstitutionell bedingt sind und andererseits vom Ausmaß der neurologischen Schädigung beeinflusst werden.

6.2

Bei Säuglingen und Kleinkindern befindet sich die neuromotorische Funktionsdifferenzierung in einem Entwicklungsprozesse, beim Erwachsenen ist dieser Prozess weitgehend beendet. Das bedeutet, dass die angeborenen Bewegungskomplexe gefestigt sind und man bei Traumen von einem Verlust oder Reduzierung der angeborenen idealen Muster spricht. Aus den genannten Aspekten lässt sich ableiten, dass die Vojta-Therapie bei Säuglingen und Kleinkindern den Anspruch verfolgt, gezielt in den strukturbildenden Entwicklungsprozess einzugreifen, der auf der Reifung und Vernetzung neuronaler Strukturen basiert, und somit potenziell kurativ zu wirken.
Im Erwachsenenalter wird davon ausgegangen, dass das Ausmaß neu zu bildender neuronaler Strukturen reduziert ist. Allerdings zeigt die Forschung, dass das Gehirn auch im Erwachsenenalter noch in der Lage ist, neue neuronale Verbindungen zu bilden und bestehende zu stärken. Somit unterstützt die Vojta-Therapie im Erwachsenenalter – im Rahmen der Neuroplastizität – die Fähigkeit des Gehirns, sich anzupassen und funktionell neu zu organisieren. Besteht allerdings schon eine stark fixierte Ersatzmotorik wird dies immer schwieriger, somit sollte frühzeitig – im Akutbereich – mit der Therapie begonnen werden.
In allen Altersbereichen kann davon ausgegangen werden, dass durch die Vojta-Therapie das regenerative Potential bei einer Schädigung des zentralen und peripheren Nervensystems gefördert und spezifiziert wird.
Einen weiteren Vorteil bietet die Therapie in der Behandlung von Skoliosen jeglichen Alters, hier sei vor allem die „idiopathische Säuglingsskoliose“ genannt. Die Wirbelsäule steuernde Rückenmuskulatur (autochthone Muskulatur) kann mit der Reflexlokomotion nach Vojta zielgerichtet aktiviert werden. Schon 2017 wurde in einer randomisierten kontrollierten Studie eine signifikante Verbesserung der posturalen Asymmetrie im Säuglingsalter mit der Physiotherapie nach Vojta beschrieben (M. Jung et al, 2017). [10]

6.3

Die Vojta-Therapeut:innen treffen entsprechend der ärztlichen Verordnung in eigener Verantwortung Entscheidungen im Hinblick auf die individuelle Gestaltung und Dosierung der Therapie und üben diese in regelmäßigen Abständen selbst an den Patient:innen aus. Die Einarbeitung der Bezugspersonen und deren Anteil an der gesamten Behandlung wird fallbezogen festgelegt und orientiert sich immer am Behandlungsfortschritt und an der individuellen Möglichkeit der Bezugspersonen und dem häuslichen Umfeld.

6.3.1

Die Therapeut:innen leiten entsprechend der Indikationsstellung bei Säuglingen und Kindern eine Bezugsperson in der Handhabung der Vojta-Therapie an. Die Erfahrung bei Säuglingen und Kindern zeigt, dass sich eine häufige Wiederholung der Aktivierung (individuell zwischen 5-15 Minuten) positiv auf die Entwicklung auswirkt. Somit müssen die Therapeut:innen die Möglichkeit und Fähigkeit der Bezugsperson die Therapie lege artis auszuüben, einschätzen. Bei der individuellen Auswahl der Variationen und der Anleitung der Bezugsperson wird besonderen Wert auf die Durchführung der Behandlung in qualitativer und quantitativer Hinsicht gelegt, sodass einerseits die Bezugsperson nicht überfordert wird und anderseits die Therapie in einer Intensität erfolgt, die die Wirksamkeit gewährleistet.
Diese Anleitung der Bezugsperson ist ein zentraler und verantwortungsvoller Anteil der Berufsausübung der Vojta-Therapeut:innen. Dementsprechend sind die Termine zur Behandlung durch die Vojta-Therapeut:innen nicht allein vom konkreten Behandlungsbedarf des Kindes, sondern auch vom Anleitungsbedarf bestimmt. Häufig ist die Termindichte zu Wiedervorstellungen in der Praxis bei Beginn des Behandlungsintervalls höher als im weiteren Verlauf.
Die mehrfach tägliche Anwendung im häuslichen Umfeld trägt wesentlich zur gezielten Stimulation neuronaler Strukturierungsprozesse bei.

6.3.2

Der Erwachsene oder deren Bezugspersonen werden über die Ziele und Methoden der Vojta-Therapie informiert, selten werden Bezugspersonen zum eigenständigen Therapieren angeleitet. Die Therapie wird vorwiegend durch die behandelnden Vojta-Therapeuten:innen in einer Praxis oder im Rahmen eines Hausbesuches durchgeführt. Erwachsene Patient:innen können selbst eine differenzierte Auskunft über die wahrgenommenen kurzfristigen und langfristigen Behandlungseffekte geben und bestimmen somit Zeit und Planung der Therapiesequenzen gemeinsam mit den Therapeut:innen.
Ist keine ausreichende Dosierung über die ambulante Therapie möglich, werden auch in Ausnahmefällen Bezugspersonen in der Durchführung der Therapie angeleitet.

Anhang: Originalantworten auf Frage 8

Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)

8.1

Hierzu können wir mangels Expertise in der Behandlung von Säuglingen und Kindern keine Stellungnahme abgeben.

8.2

Wie bereits in Frage 6.3.2 ausgeführt, ist uns die Einbindung von Bezugspersonen in der Vojta Therapie bei erwachsenen neurologischen Patienten aus der klinischen Erfahrung in Deutschland nicht geläufig. Wir kennen insbesondere die Anwendung der Therapie durch ausgebildete Vojta Therapeuten. Wir verweisen in diesem Zusammenhang auf die Antwort 6.3.2. Zur Rolle bzw. Bedeutung von Bezugspersonen können wir darüber hinaus keine fachlich begründete Stellungnahme abgeben.

Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten – IFK e.V.

Beide Unterfragen wurden zusammen beantwortet.

Der Erfolg einer Behandlung nach Vojta ist unter anderem von der Grunderkrankung sowie der Übungsfrequenz und der Genauigkeit bei der Therapiedurchführung abhängig. Nach Überweisung zur Vojta-Therapie durch den behandelnden Arzt, erfolgt die individuelle neurophysiologische Befundung durch den Therapeuten sowie die Behandlungsplanung. Die Therapie wird in regelmäßigen Abständen der Entwicklung des Patienten angepasst. Die Anleitung zur Durchführung der Vojta-Behandlung durch die Eltern bzw. Bezugspersonen ist Teil der Therapie gemäß Leistungsbeschreibung (Anlage 1 Leistungsbeschreibung zum Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V über die Versorgung mit Leistungen der Physiotherapie und deren Vergütung [9]) und erfolgt in der Regel parallel zur Behandlung in den Physiotherapie-Praxen. Durch ein tägliches Üben auch im häuslichen Umfeld, kann die notwendige Intensität der Behandlung gewährleistet werden.

Eine wichtige Aufgabe des Vojta-Therapeuten ist daher die Therapieanleitung der Eltern oder Bezugspersonen. (Quelle: https://ifk.de/patienteninformation/therapien/30/vojta-therapie) [3]

Der Therapeut muss individuell entscheiden, ob die Bezugsperson wie oben beschrieben aktiv in die Vojta-Therapie einbezogen werden kann. Die Person muss geistig und körperlich in der Lage sein, die Vojta-Therapie zu verstehen, sie korrekt anzuwenden sowie Kontraindikationen zu erkennen.

DMGP

8.1

Keine relevante Patientengruppe in der umfassenden Behandlung Querschnittgelähmter an Querschnittgelähmtenzentren, deshalb kann diesbezüglich keine Aussage getroffen werden.

8.2

Keine.

Bobath Zukunft! e. V.

8.1

Durch die Tatsache, dass 4 x tgl. die Übungen in einer exakt vorgegebenen Weise ausgeführt werden müssen (auch bei ausdauerndem Schreien des Kindes), werden die Durchführenden zu Co-Therapeuten. Dies widerspricht den aktuellen Grundprinzipien einer familienorientierten Förderung. In dieser wird die Individualität der Eltern mit ihren Bedürfnissen, Belastungen, Lebenseinstellungen, Fähigkeiten und ihrer Vulnerabilität als handlungsleitend angesehen.

Schlack H.G. (2015). Seelische Gesundheit und Entwicklung behinderter Kinder. In: Kinderärztliche Praxis, 2015; 86 (6) Seite 370-375 [20]

Sarimski K., Hintermair M., Lang M. (2021) Familienorientierte Frühförderung von Kindern mit Behinderung. 2. Aufl. Reinhardt-Verlag München [19]

CanChild Institut https://canchild.ca/en/research-in-practice/family-centred-service [4]

8.2
Entzieht sich unserer Kenntnis

VIFF-BV

8.1
Eltern bzw. Bezugspersonen haben eine zentrale Bedeutung. Die Therapie findet in enger Abstimmung mit den Bezugspersonen statt. Die Vojta-Therapie wird bei einer Eltern-Kind-Beziehungsstörung ausdrücklich nicht empfohlen.

8.2
nur im Einverständnis mit dem Patienten oder ggf. Vormund

VIFF-Sachsen Lebenshilfe Dresden

8.1
wichtig,denn sie kennen ihr Kind gut, beobachten oft gut und haben Interesse an guter Entwicklung ihres Kindes; Entscheidung je nach Zielsetzung und individuelle Anpassung auf Kind und Bezugspersonen sind möglich

8.2
Erarbeitung und Umsetzung individuell nach Zielsetzung und individuellen Möglichkeiten

DGOU

8.1
Die Rolle der Bezugsperson ist für den Therapieerfolg entscheidend. In der Regel übernimmt die Mutter diese Rolle, grundsätzlich gilt aber, dass die Bezugsperson mit dem besten und stressfreiesten Zugang zum Kind für die Rolle am besten geeignet ist. Dabei muss die Bezugsperson nicht alle Elemente der Vojta-Therapie anwenden, sondern kann sich auf die in gutem Teamwork optimal anwendbaren begrenzen. Insbesondere Säuglinge und Kleinkinder reagieren im Rahmen der Vojta-Therapie mit Schreien. Dies erhöht die Anstrengung auf beiden Seiten , weshalb die Dosierung der Therapie hier entscheidend ist. Bezugspersonen, die damit nicht umgehen können sind ungeeignet.

8.2
Bei Erwachsenen kann die Bezugsperson der Lebenspartner oder auch ein Betreuer sein. Die Stressreaktionen bleiben bei Erwachsenen aus oder fallen sehr viel geringer aus.

Physio-Deutschland

8.1
Da die Eltern eine große Rolle bei der Umsetzung und Durchführung der Vojta-Therapie spielen, ist das „Erlernen der Elternanleitung“ einschließlich Interaktion und Kommunikation ein wesentlicher Inhalt der Weiterbildungsmaßnahme
Die Eltern werden befähigt, ein gemeinsam abgestimmtes Hausprogramm selbständig mehrmals täglich durchzuführen.
Sie werden so bewusst aktiv an dem Entwicklungsprozess ihrer Kinder beteiligt und sind keine „passiven Zuschauer“. Sie werden befähigt, im häuslichen Umfeld positiv auf die Entwicklung ihres behinderten oder von Behinderung bedrohten Kindes einzuwirken, was für viele Eltern auch eine Hilfestellung darstellt, mit der Diagnose/Prognose umzugehen.
Sie werden in der Praxis angeleitet und die Therapie wird ständig an die jeweiligen Bedürfnisse des Patienten und der Bezugsperson angepasst und aktualisiert.
Dies stellt eine beträchtliche Anforderung an die Bezugsperson und das Kind dar und muss vom Therapeuten verantwortungsvoll begleitet und unterstützt werden.
Respekt, Achtsamkeit und Vertraulichkeit sind die Voraussetzung für eine gute Therapiebegleitung.

Es sollte eine gute Befindlichkeit vor und nach der Therapie sowie in Therapiepausen erreicht werden. Der Therapeut muss sich anbahnende Probleme jeglicher Art erkennen, darauf eingehen und nach Lösungen suchen.
Sollte schon im Vorfeld eine psychische Erkrankung der Bezugsperson oder eine gestörte Eltern-KindBeziehung bekannt sein, ist in Absprache mit dem Arzt nach Alternativen zu suchen.
Das gleiche gilt auch, wenn sich im Therapieverlauf herausstellt, dass die Bezugsperson, aus welchen Gründen auch immer, nicht in der Lage ist, die Therapie selbständig durchzuführen.
Mögliche Lösung:

- Vojta -Therapie ausschließlich in der Praxis, bei kürzeren Behandlungsintervallen,
- Hausprogramm sehr reduziert und modifiziert, verstärkt zielgerichtetes Handling etc.
- Angebot anderer Therapieverfahren

Der Umgang mit „problematischen Situation“ und deren Lösung ist auch ein wesentlicher Bestandteil der Fortbildungen in den bundesweit 50 Vojta-Arbeitskreisen von Physio Deutschland.
Ausgebildete bzw. sich in der Ausbildung befindende Vojta-Therapeuten erweitern hier regelmäßig ihre theoretischen und praktischen Kenntnisse und tauschen sich über Probleme aus den unterschiedlichen Bereichen aus.

8.2

Das gleiche Vorgehen gilt auch im Erwachsenenbereich.
Man hat hier aber die Möglichkeit der Kommunikation. Ist diese nicht möglich müssen Signale wie Mimik, Körperhaltung, Tonusveränderung etc. wahrgenommen und berücksichtigt werden.

DGPTW

8.1

Die Bezugspersonen spielen eine wichtige Rolle für die Rehabilitation. Eine gute Compliance der Bezugspersonen führt dazu, Therapieziele schneller zu erreichen und höhere Ziele festlegen zu können. In einigen Phasen sind 2-4 Therapieeinheiten/Tag notwendig. Dies ist ohne angeleitete Angehörige nicht machbar. Bezugspersonen werden in der Therapie angeleitet. Je nach Compliance, ist die angeleitete Übung mehr oder weniger anspruchsvoll. Kann die Bezugsperson die Therapie nicht sauber umsetzen, wird diese ggf. nur vom Therapeuten durchgeführt oder eine andere Bezugsperson angeleitet.
Die Eltern müssen über die Therapie aufgeklärt werden, über die Wirkung, darüber, dass es anstrengend ist und dass ihr Kind ggf. weint. Es muss festgelegt werden, wie stark das Kind belastet werden darf und wann es eine Pause braucht um sich zu erholen und ggf. um sich zu beruhigen. Je nach Alter, kann auch das Kind direkt aufgeklärt werden.

8.2

Bei Erwachsenen fehlen jedoch oft die Bezugspersonen, die eine regelmäßige Therapie im häuslichen Umfeld durchführen (können).

Bobath-Vereinigung_Wissenschaftsbeirat

Diese Fragen wurden nicht beantwortet.

Bobath-Vereinigung_Therapeut

8.1

Bei Säuglingen ist die häusliche Anwendung erforderlich. Dazu müssen die Angehörigen Einsicht in die Therapie haben, die Anwendung verstehen und eine gute Anleitung haben. Wenn den Angehörigen die richtige Durchführung nicht nahe gebracht werden kann, sollte eine häusliche Therapie nicht weiter stattfinden. Bei Störungen der MutterKind-Bindung jeglicher Art, sollte ebenso auf die Durchführung der Therapie durch die Mutter verzichtet werden

8.2
In der Praxis spielen die Angehörigen eine geringere Rolle, es sei denn, ein mittlerweile erwachsenes Kind wird weiter von seinen Eltern beturnt oder der*die Ehepartner*in arbeitet in der Therapie mit. Ich persönlich habe das kaum erlebt

VAKJP
Diese Fragen wurden nicht beantwortet.

DGNR
8.1
siehe 6.3.1 Für die selbstständige Durchführung der Übungen durch einen Elternteil im häuslichen Umfeld gibt es ebenfalls keine Rationale. Ein die Entwicklung fördendes Coaching, das die gesamte Familiensituation mit einbezieht, ist in der Vojta-Therapie nicht verankert
8.2
siehe 6.3.2

GNP
8.1
Die grundsäzliche Kontraindikation ist unter 5.1 genannt
8.2
als GNP keine Aussage

DGSPJ
8.1
Die Bedeutung der Eltern bei der Durchführung der Vojta-Therapie im häuslichen Kontext ist ausgesprochen hoch. Die Eltern werden von Beginn an im Rahmen der Physiotherapie für Handling als auch frühzeitig für einzelne Übungen aus dem Vojta-Konzept angeleitet. Die regelmäßige tägliche Durchführung der Vojta-Therapie in der Häuslichkeit ist Bestandteil der Behandlung.
8.2
Dass Bezugspersonen in der Vojta-Therapie bei erwachsenen neurologischen Patienten in die Therapie mit einbezogen werden, ist uns nicht bekannt.

VPT
Beide Fragen wurden zusammen beantwortet.

Bezugspersonen spielen eine große Rolle in der Vojta- Therapie, da das mehrmals tägliche Üben im häuslichen Umfeld ein wesentlicher Bestandteil der Therapie ist. Dies ist auch Teil der Leistungsbeschreibung der Anlage 1 des §125 Absatz 1 SGB V [9].

IVG
Bezugspersonen, sofern sie benötigt werden, spielen unabhängig vom Alter der Patient:innen immer eine große Rolle in der Behandlung mit der Vojta-Therapie.
Sie sind die wichtigsten und am engsten mit der Betreuung beauftragten Menschen im jeweiligen Umfeld der Patient:innen. Mit den Patient:innen und deren Bezugspersonen werden die individuellen Therapieziele besprochen, in einen funktionellen und teilhabebezogenen Kontext gesetzt und die Therapieplanung wird auf die personenbezogenen und sozialen Faktoren abgestimmt. Ein ständiger Austausch über die Behandlungsinhalte und -fortschritte wird gewährleistet.

8.1

Bei Säuglingen und Kleinkindern erfolgt die Behandlung mit der Zielsetzung, auf die Entwicklungsdynamik nachhaltig strukturbildend einzuwirken. Im Idealfall erfolgt bis zu viermal täglich ein therapeutischer Input für ca. 15 Minuten.

Um die notwendige Behandlungsintensität zu gewährleisten, werden die Eltern oder Bezugspersonen Schritt für Schritt, entsprechend ihrer individuellen Kapazitäten, für die häusliche Anwendung angeleitet. Die Bedeutung der Eltern bei der lege artis durchgeführten Vojta-Therapie im häuslichen Kontext ist ausgesprochen hoch. Anfänglich führt der/die Vojta-Therapeut:in die Behandlung durch, um den Eltern oder Bezugspersonen die Therapie zu zeigen und zu erklären.

Die nachfolgende Einbeziehung der Bezugspersonen und Anleitung zur Durchführung der Therapie im häuslichen Umfeld ermöglicht den Eltern, positiv auf die Entwicklung ihres behinderten oder von Behinderung bedrohten Kindes mit einzuwirken. Durch regelmäßige Überprüfung und Anpassung des häuslichen Therapieprogramms soll den Eltern Sicherheit gegeben und die Qualität der Durchführung gesichert werden. Die gezielte Elternanleitung ist ein essenzieller Bestandteil der Vojta-Therapie. Die Therapieanleitung ist der Belastbarkeit des Kindes und seiner Bezugspersonen anzupassen: viele Fragen, Befürchtungen und prognostisch bedeutsame Beobachtungen finden ihren Platz im kontinuierlichen Austausch der Familie mit ihrem/ ihrer Therapeut: in.

Durch die regelmäßige tägliche Durchführung der Therapie im häuslichen Umfeld und die damit verbundene hohe Anzahl an Wiederholungen von Aktivitäten und Bahnung können pathologisch veränderte Bewegungsmuster positiv beeinflusst und im ZNS gespeichert werden.

Die im Anschluss an die Therapie umfangreicher zur Verfügung stehenden Bewegungsmuster können in der Interaktion und im Spiel mit den Bezugspersonen oder Geschwistern gefestigt werden. Um den Bahnungserfolg zu sichern, sollte das Kind direkt nach der Therapie aktiv sein.

8.2

Der Schwerpunkt der Behandlung erwachsener Patient:innen liegt in der ambulanten/stationären physiotherapeutischen Praxis. Im Vordergrund stehen sowohl das Äquilibrieren gestörter Bewegungsmuster, als auch die Verbesserung des Körperschemas und der Aufrichtung. Zur Realisierung dieser therapeutischen Zielsetzung im Erwachsenenalter bedarf es in der Regel keiner täglich mehrmaligen Intervention. Die Therapie wird häufig als Intervallbehandlung durchgeführt.

Im Erwachsenenbereich werden Bezugspersonen dann angeleitet, wenn es keine Möglichkeit gibt, die Patient:innen in ausreichender Dosierung zuhause oder ambulant zu behandeln. Dann findet, wie im Säuglings- und Kinderbereich, eine genaue Anleitung in der Therapie und eine regelmäßige Überprüfung der Durchführung durch die behandelnden Therapeut:innen statt. Auch hier wird die gesamte Situation des familiären sozialen Umfeldes berücksichtigt und an die Belastbarkeit aller darin Agierenden angepasst.

Anhang: Originalantworten auf Frage 9

Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)

9.1

Zur Therapie bei Säuglingen und Kleinkindern können wir mangels Erfahrung keine Aussage treffen.

9.2

Bei der Behandlung von Erwachsenen kommen (wie in den Antworten 6.3.2 und 8.2 ausgeführt) Bezugspersonen deutlich seltener zum Einsatz. Wenn Bezugspersonen bei der Vojta-Therapie einbezogen werden, dann werden diese von ausgebildeten Vojta-Therapeuten angeleitet und die Therapie erfolgt unter regelmässiger ambulanter Kontrolle und ggf. weiterer anleitung. Inwiefern dies individuell dokumentiert wird, entzieht sich unserer Kenntnis. Unsere klinische Erfahrung fußt hauptsächlich auf Therapien, die durch ausgebildete Vojta-Therapeuten während stationärer Aufenthalte in neurologischen Akutkliniken oder Rehabilitationskliniken ausgeführt werden. Im ambulanten Sektor (wenn die Therapie bei Patienten nach Schlaganfall, bei Multipler Sklerose oder bei Parkinson-Erkrankung verordnet wird) erfolgt die Therapie nach unserer klinischen Erfahrung in der Regel durch ausgebildete Vojta-Therapeuten.

Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten – IFK e.V.

Beide Fragen wurden zusammen beantwortet.

9.1 9.2

Das Thema der Schulung von Bezugspersonen bei der Anwendung der Vojta-Therapie im häuslichen Umfeld ist patientenabhängig sehr individuell und spezifisch. Diesbezüglich möchten wir aktuell auch hier auf die noch umfangreichere Expertise der Vojta Fachgesellschaft verweisen.

DMGP

9.1

Keine relevante Patientengruppe in der umfassenden Behandlung Querschnittgelähmter an Querschnittgelähmtenzentren, deshalb kann diesbezüglich keine Aussage getroffen werden.

9.2

Nicht erforderlich.

Bobath Zukunft! e. V.

Beide Fragen wurden zusammen beantwortet.

Entzieht sich unserer Kenntnis

VIFF-BV

9.1

Praktische Anleitung der Eltern am Kind in Abstimmung mit den elterlichen Kompetenzen.

9.2

Diese Frage wurde nicht beantwortet.

VIFF-Sachsen Lebenshilfe Dresden

9.1

Erläuterung, Vorführung, gemeinsames Üben, regelmäßige Kontrolle und Austausch, Erfragen der angeleiteten Details, dazu Flyer und Zeichnung, evtl.auch Video, das Eltern von ihrem Kind in der Therapie machen und daheim verwenden können

9.2

erarbeitete Übungen wiederholen/kontrollieren, korrigieren,anpassen, evtl.mit Video arbeiten und auswerten

DGOU

9.1

Die Schulung von Bezugspersonen sowie die Überprüfung der korrekten Durchführung und die Risikoaufklärung, erwünschte und unerwünschte Wirkungen etc. obliegt dem qualifizierten Vojta-Therapeuten. Er hat sich von der Durchführbarkeit der für die häuslichen Anwendungen vorgesehenen Übungen zu überzeugen und die Bezugsperson über die Anstrengungen und den Umgang mit unerwarteten Reaktionen des Kindes zu unterrichten. Er ist auch für die individuelle Gestaltung und korrekte Dosierung der Therapie außerhalb seiner direkten Einflussnahme verantwortlich. Die Überprüfung und gegebenenfalls Anpassung erfolgt durch die Rückmeldungen der Bezugsperson bei den Sitzungen mit dem Therapeuten.

9.2

siehe 9.1

Physio-Deutschland

Beide Fragen wurden zusammen beantwortet.

Während der Weiterbildungsmaßnahme werden die Kursteilnehmer in der Elternanleitung geschult (siehe Curriculum).
Da die Schulung der Kursteilnehmer schwerpunktmäßig mit Patienten stattfindet, kann auf konkrete Situationen, wie man sie im Praxisalltag vorfinden wird, eingegangen werden.
In den jeweiligen Weiterbildungsstätten werden im Laufe von 6 Wochen ca. 100 Patienten aller Alters- und Diagnosegruppen gesehen. Die Kursteilnehmer werden regelmäßig bzgl. Befundanalyse, Elternanleitung, Therapiedurchführung supervidiert.
Clinical Reasoning:
Nach der physiotherapeutischen Befundanalyse klärt der Therapeut die Eltern über Wirkungsweise der Therapie, erwünschte und unerwünschte Reaktionen unter der Therapie und Kontraindikation auf.
Hinweise und praktische Umsetzung der Interaktion mit dem Kind, Integration der Therapie in das häusliche Setting,
Einführung in die praktische Umsetzung der Therapie (z.B. Demonstration der Therapie zuerst an einer Puppe, dann am Kind, ggf. auch an der Bezugsperson zum Verdeutlichen der Druckstärke etc.)
Anleitung der Eltern zuerst an der Puppe dann am Kind
Die korrekte Durchführung wird bei jeder Einheit überprüft, bei Bedarf korrigiert und aktualisiert. Das Vorgehen in der jeweiligen Behandlungseinheit, Probleme, Fortschritte (regelmäßig durchgeführte Assessments), werden dokumentiert.
Durch die regelmäßigen Therapieeinheiten in der Praxis, steht der Therapeut im engen Austausch mit den Eltern. Hinweise auf Unsicherheit und Überforderung werden angesprochen, bei Bedarf dem Arzt weitergegeben, dokumentiert.
Sollte eine Problemlösung in diesem Setting nicht gelingen, ist auf alternative Behandlungsoptionen umzustellen.

DGPTW

9.1

Bezugspersonen werden praktisch angeleitet. Im Anschluss führen Sie die Behandlung unter Aufsicht durch den/die Therapeut*in durch und können so direkt korrigiert werden. Bei jedem weiteren Termin wird (wenn notwendig) erneut überprüft, ob die Bezugsperson die Behandlung korrekt durchführt. Ggf. wird die Übung an die Compliance der Bezugspersonen oder an den Therapiefortschritt angepasst.
Auch die Belastung der Familie durch die Therapie sollte angesprochen und Zeit für Fragen der Bezugspersonen eingeplant werden. Eine Dokumentation der Behandlung findet bei jedem Termin statt. Eine Befundung und Anpassung der Therapieziele wird in regelmäßigen Abständen durchgeführt. Teilweise werden Zeichnungen mit

den korrekten Ausgangsstellungen für zuhause angefertigt oder Videos mit entsprechenden Therapiesequenzen für die Eltern erstellt.
Aus eigener Erfahrung, wird in der Therapie das Muster / die Zone gezeigt und mögliche und tatsächliche Reaktionen benannt und erläutert, was dies bedeuet. Daraufhin konnte unter Supervision die gleiche Zone durch ein Elternteil aktiviert werden und optimiert. In der Folgeeinheit wird über das Gelingen der Aktivierung der zu aktivierenden Zone gesprochen und bei Bedarf weiter optimiert.

9.2

Entfällt, da häufig keine Bezugsperson vorhanden.

Bobath-Vereinigung_Wissenschaftsbeirat

Diese Fragen wurden nicht beantwortet.

Bobath-Vereinigung_Therapeut

9.1

Die Schulung der Angehörigen erfolgt regelmäßig, zum Beispiel 1 oder 2mal wöchentlich. Er werden die zu erwartenden motorischen Reaktionen des Kindes beschrieben, auch dass das Kind weinen kann. Das Weinen wird als Ausdruck der Anstrengung des Kindes in Kauf genommen.
Die Eltern führen die Therapie auch unter Weinen durch, da sie ein „ Versprechen“ der Besserung/Heilung der Beschwerden des Kindes bekommen.
Oft wird aber auch von den Therapeuten ein Druck aufgebaut.
Eine Auflärung über Risiken/unerwünschte Folgen findet nicht statt.

9.2

In der Regel sind die Erwachsenen freiwillig da und kommen, weil sie einen Profit durch die Therapie erleben.

VAKJP

Diese Fragen wurden nicht beantwortet.

DGNR

9.1

Bei Säuglingen und Kleinkindern wird ein Gutteil der Vojta-Therapie im häuslichen Bereich durch Eltern durchgeführt. In der Regel wird von den Vojta-Therapeuten hierfür eine dezidierte Schulung der betreffenden Bezugspersonen durchgeführt. Die individuelle Überprüfung des Therapieerfoges bzw. der gesamten Therapiesituation (wehrt sich das Kind, häufiges Schreien etc.) sollte in Kooperation mit dem die Verordnung ausstellenden zuständigen Kinderarzt oder Neuropädiater erfolgen

9.2

siehe 6.4.2

GNP

9.1

Siehe Einleitung und Antworten 5 und 7

9.2

als GNP keine Aussage

DGSPJ

9.1

Die Schulung von Bezugspersonen, die die Vojta-Therapie im häuslichen Umfeld regelmäßig anwenden, erfolgt in jeder Behandlungseinheit durch den behandelnden Vojta-Therapeuten.
Der behandelnde Vojta-Therapeut zeigt den Eltern die entsprechende Auslösung der Afferenz an ihrem Kind beziehungsweise gegebenenfalls auch an der Puppe.

Die Eltern werden auf die entsprechenden motorischen Antworten des Kindes hingewiesen. Es wird dann in der Behandlungseinheit die entsprechende Übung mehrmals geübt. Die Eltern führen die Aktivierung der Reflexzonen beim Kind aus, der begleitende Vojta-Therapeut achtet auf die korrekte Ausführung und korrigiert gegebenenfalls.
Die Dokumentation über die Elternanleitung sowie entsprechende Fragen der Eltern erfolgen regelmäßig. Im Rahmen der Ausbildung werden Therapeuten angeleitet, wie diese Dokumentation erfolgen soll. Im SPZ hat z. B. jeder Patient eine Akte, wo diese Anleitung der Eltern und Fragen dokumentiert werden.

9.2

Zu 9.2) s. 8.2

VPT

Beide Fragen wurden zusammen beantwortet.

Eine Anleitung erfolgt während der Therapie. Es werden die Durchführung der Therapie sowie gewünschte/unerwünschte Wirkungen besprochen. Über den Umgang mit Unsicherheiten oder Überforderungen können wir keine Aussage treffen. Dies obliegt der Fachgesellschaft.

IVG

Die Anleitung der Bezugspersonen ist ein wichtiger, im Curriculum festgelegter Bestandteil der Ausbildung der Vojta-Therapeut:innen. Die in der Fragestellung formulierten Aspekte werden hierbei ausführlich behandelt. Jede Absolventin und jeder Absolvent der Ausbildung in der Vojta-Therapie ist sich der Bedeutung dieses integralen Bestandteils der Vojta-Therapie bewusst.

9.1

Die Schulung von Eltern/Bezugspersonen, die die Vojta-Therapie im häuslichen Umfeld regelmäßig anwenden, erfolgt schrittweise und in jeder Behandlungseinheit durch die behandelnden Therapeut:innen.
Aus der Fülle der Möglichkeiten, die die Vojta-Therapie bietet, wird ein individueller Behandlungsplan für den konkreten Einzelfall erstellt.
Zu Beginn einer jeden Therapieeinheit wird anhand der Spontanmotorik des Säuglings/Kindes unter Einbeziehung der Eltern/Bezugspersonen ein physiotherapeutischer Befund aufgenommen. Nach Festlegung des therapeutischen Fokus und des Behandlungsziels wird die Therapieauswahl getroffen. Am Anfang werden die Eltern/Bezugspersonen im Rahmen der Grifftechnik und Auslösung der Vojta-Therapie an einer Lehrmittel-Puppe angeleitet, die einzelnen Handgriffe werden gezeigt und geübt. Die Eltern werden auf die entsprechenden motorischen Antworten des Kindes hingewiesen.
Danach wird die Therapiedurchführung Schritt für Schritt direkt an dem Säugling/Kind gezeigt und anschließend führen die Eltern/Bezugspersonen die Therapie unter Supervision durch. Von Anfang an wird explizit auf die zu vermeidenden „Fehler“ sowohl bei Einnehmen der Ausgansstellung wie auch bei der Druckstärke hingewiesen. Mögliche Überlastungszeichen, z. B. blasses MundNasen-Dreieck, Schwitzen, etc. werden angesprochen.
Einige Eltern / Bezugspersonen können sich nicht vorstellen, wie sich die Auslösung durch die sog. Zonen anfühlt und dass es darüber zu einer spürbaren Reaktion kommen kann. In dem geschilderten Fall kann die Aktivierung an den Eltern/Bezugsperson zum besseren Verständnis durchgeführt werden, wenn dies erwünscht ist.
Als Ausdruck des neuronalen Aktivierungszustandes und auch der Anstrengung in der Therapie kommt es im Säuglings- und Kleinkindalter häufig zum Schreien. Nach einer individuellen Gewöhnungszeit gelingt es den Kindern in der Regel zunehmend, sich in den Pausen zwischen der Aktivierung und am Ende der Therapie schnell zu regulieren und zu beruhigen. Damit dieser Prozess gelingen kann, ist eine gute Interaktion und Kommunikation mit dem Kind entscheidend, dazu gehört auch die aktive Einbindung und Unterstützung der Eltern/Bezugspersonen. Die Kommunikation und die sozio-emotionalen Aspekte - auch in der Eltern-KindInteraktion - sind wichtiger Bestandteil in der Weiterbildung zur Vojta-Therapeutin / zum Vojta-Therapeuten.

Im Rahmen der elterlichen Anleitung erlernen die Bezugspersonen, motorische Reaktionen des Kindes korrekt zu interpretieren, um die Wirksamkeit der Übungen einschätzen zu können. Positive Soforteffekte der Therapie, die sich in der Spontanmotorik zeigen, werden unmittelbar gemeinsam mit den Eltern/Bezugspersonen reflektiert. Diese sichtbaren Fortschritte stellen einen wesentlichen motivierenden Faktor für die weitere therapeutische Zusammenarbeit dar.
Auf Zeichen von Unsicherheit und Überforderung der Eltern wird permanent geachtet. Wenn sich Eltern nicht in der Lage fühlen, die Vojta-Therapie durchzuführen, wird zeitnah entschieden, welche anderen Therapieformen alternativ angeboten werden können.
Die Dokumentation über die erfolgte Elternanleitung, entsprechende Fragen der Eltern, als auch Symptome von Unsicherheit und Überforderung werden durch den/die Therapeut:innen festgehalten. Im Rahmen der Ausbildung werden Therapeut:innen angeleitet, wie diese Dokumentation erfolgen soll. In den sozialpädiatrischen Zentren oder bei stationärer/ambulanter Behandlung wird zu allen Patient:innen eine Dokumentation erstellt, in der diese Anleitung der Eltern, Fragen, Zeichen von Unsicherheit und Überforderung ergänzend zur therapeutischen Verlaufsdokumentation aufgeführt werden.

9.2

Die Schulung der Bezugspersonen, die die Vojta-Therapie beim Erwachsenen im häuslichen Umfeld regelmäßig anwenden, erfolgt in jeder Behandlungseinheit durch die behandelnden Vojta-Therapeut:innen.
Grundsätzlich gilt es zu klären, ob sich die Bezugspersonen zum einen die Durchführung der Therapie zutrauen und zum anderen, ob sie sich im emotionalen Kontext zu den Patient:innen überhaupt in der Lage fühlen, in die therapeutische Rolle „einzusteigen“.
Zusätzliche belastende Situationen für das familiäre Umfeld sollten vermieden werden.
Die Inhalte der Therapie, wie das Einnehmen der Ausgangsstellungen, die Lokalisation der Zonen, die Druckrichtung, die Druckintensität und die zu erwartenden sensomotorischen und vegetativen Reaktionen werden nach individuellem Bedarf erklärt. Über unerwünschte Nebenwirkungen wie Schmerzen, vegetative Instabilität durch Überlastung wird aufgeklärt und ein Setting zur Überprüfung empfohlen.
Zur Dokumentation werden unterschiedliche standardisierte Assessmentverfahren und Selbsteinschätzungs-Dokumentationsbögen angewendet - je nach Möglichkeit der Patient:innen.

Abteilung Fachberatung Medizin

Überprüfung der HeilM-RL hinsichtlich der Regelungen zur Krankengymnastik zur Behandlung von ZNS-Erkrankungen

Rückmeldungen zum Themenkomplex IV:

Vergleich Vojta versus andere Therapien

Auftrag / Anfrage von: AG Heilmittel-RL

Bearbeitet von: FBMed

Datum: 17. September 2025

Letzte Aktualisierung: 17. September 2025

Dateiname: STN_Vojta_Teil_IV_2025-09-17.docx

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis 3
Abkürzungsverzeichnis 4
1 Sachverhalt 5
2 Methodisches Vorgehen 6
3 Ergebnisse 7
3.1 Aussagen zu physiotherapeutischen Behandlungsalternativen 7
3.2 Aussagen zu Unterschieden zwischen Vojta-Therapie und anderen Therapien 17
3.3 Aussagen zu Vorteilen der Vojta-Therapie gegenüber anderen Verfahren 23
4 Zusammenfassung 32
Referenzen 39
Anhang: Originalantworten auf Frage 7 45
Anhang: Originalantworten auf Frage 11 54
Anhang: Originalantworten auf Frage 12 59

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Rückmeldungen zu Frage 7 8
Tabelle 2: Zitierte Quellen zu Frage 7 14
Tabelle 3: Rückmeldungen zu Frage 11 18
Tabelle 4: Zitierte Quellen zu Frage 11 22
Tabelle 5: Rückmeldungen zu Frage 12 24
Tabelle 6: Zitierte Quellen zu Frage 12 28

Abkürzungsverzeichnis

ADL	Activities of Daily Living / Aktivitäten des täglichen Lebens
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.
CI	confidence interval / Konfidenzintervall
COPCA	COPing with and CAring for Infants with Special Needs
CP	Cerebralparese
DGKJ	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V.
DGN	Deutsche Gesellschaft für Neurologie e. V.
DGNR	Deutsche Gesellschaft für Neurorehabilitation e. V.
DGOU	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V.
DGPTW	Deutsche Gesellschaft für Physiotherapiewissenschaft e. V.
DGSPJ	Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie e. V.
DMGP	Deutschsprachige Medizinische Gesellschaft für Paraplegiologie e. V.
FBMed	Fachberatung Medizin
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GNP	Gesellschaft Neuropädiatrie e. V.
GOT	Goal oriented training
GRADE	Grading of Recommendations Assessments, Development, and Evaluation
HeilM-RL	Heilmittel-Richtlinie
HIT	Handintensivtraining
HMK	Heilmittelkatalog
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health / Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
IFK	Interessengemeinschaft freiberuflicher Krankengymnasten / heute: Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten – IFK e. V.
IVG	Internationale Vojta Gesellschaft e. V.
LL	Leitlinie
LQ	Lebensqualität
mCIMT	modified Constraint induced movement therapy
NDT	Neurodevelopmental Therapy / Bobath Therapie
OEX	Obere Extremität
PNF	propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation
SMD	Standardized mean difference / Standardisierte Mittelwertdifferenz
UEX	Untere Extremität
USCP	Unilateral spastic cerebral palsy / Unilaterale spastische Zerebralparese
VAKJP	Vereinigung für analytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in Deutschland
VeBID	Verein der Bobath InstruktorInnen IBITA Deutschland und Österreich e. V.
VIFF-BV	Vereinigung für Interdisziplinäre Frühförderung – Bundesvereinigung e. V.
VPT	Verband für Physiotherapie e. V.
Vrg.	Vereinigung
VT	Vojta-Therapie
WB	Wissenschaftsbeirat
ZNS	Zentrales Nervensystem

1 Sachverhalt

Mit Beschluss des G-BA vom 16. Januar 2025 wurde ein Beratungsverfahren zur Überprüfung Regelungen zur Krankengymnastik zur Behandlung von ZNS-Erkrankungen der HeilM-RL eingeleitet. Vor diesem Hintergrund hat der G-BA eine schriftliche Expertenbefragung mit Hilfe eines Fragebogens durchgeführt.

In ihrer Sitzung am 26.06.2025 tauschte sich die AG HeilM-RL hierzu erstmalig aus und vereinbarte, die FBMed zur Aufbereitung wie folgt zu beauftragen:

Aufgrund der umfangreichen Rückmeldung zur Expertenbefragung bittet die AG HeilM-RL die FBMed um Sichtung sowie Strukturierung der eingegangenen Rückmeldung der Experten sowie um eine Einordnung der der jeweiligen Fragestellung beigefügten Literatur im Hinblick auf die gegebenen Expertenantworten.

Dabei bittet die AG HeilM-RL die Aufbereitung nach folgenden Themenkomplexen zu strukturieren:

I. Indikationen/Kontraindikationen
   (Fragen 4 und 5)
II. Schädigungen/Nebenwirkungen/Langzeitfolgen
   (Fragen 10, 13, 14, 15 und 16)
III. Durchführung
   (Fragen 3, 6, 8 und 9)
IV. Vergleich Vojta vs. andere Therapien
   (Fragen 7, 11 und 12)
V. Wirkprinzipien/Entwicklung Therapiekonzept
   (Fragen 1 und 2)

2 Methodisches Vorgehen

Der vierte Themenkomplex zum „Vergleich Vojta versus andere Therapien“ umfasst die Frage 7 aus dem Teil I (allgemeine Fragen zur Vojta-Therapie) (siehe Unterkapitel 3.1) und die Fragen 11 und 12 aus dem Teil II (besondere Fragen zur Vojta-Therapie bei Säuglingen und Kindern) (siehe Unterkapitel 3.2 bis 3.3).

Die vollständigen Originalantworten zu den Fragen 7, 11 und 12 finden sich im Anhang.

Für die Operationalisierung wurden Exzerpte der Antworten erstellt (siehe Ergebnisteil). Dabei wurden auch die jeweils angegebenen Literaturstellen überprüft und bzgl. Aussage und Evidenzstufe eingeordnet.

Bewertung der genannten Evidenzquellen

Die Zuordnung nach Evidenzstufen orientiert sich an der Bewertung therapeutischer Methoden gemäß Verfahrensordnung §11 des G-BA [21]:

a) I a systematische Übersichtsarbeiten von Studien der Evidenzstufe I b,
b) I b randomisierte klinische Studien,
c) II a systematische Übersichtsarbeiten von Studien der Evidenzstufe II b,
d) II b prospektive vergleichende Kohortenstudien,
e) III retrospektive vergleichende Studien,
f) IV Fallserien und andere nicht vergleichende Studien,
g) V Assoziationsbeobachtungen, pathophysiologische Überlegungen, deskriptive Darstellungen, Einzelfallberichte, nicht mit Studien belegte Meinungen anerkannter Expertinnen und Experten, Berichte von Expertenkomitees und Konsensuskonferenzen.

Für Leitlinien wurde die Klassifikation nach AWMF angegeben. Da sich Bücher bzw. Buchkapitel nicht unter die Evidenzstufen I bis IV einordnen lassen, wurde ihnen die Evidenzstufe V zugeordnet. Hiermit ist jedoch keine Bewertung der Qualität oder des fachlichen Niveaus der jeweiligen Abhandlung verbunden.

Eine Bewertung der methodischen Qualität der zitierten Studien wurde nicht vorgenommen.

Insgesamt wurden 56 verschiedene Quellen zu den Fragen 7, 11 und 12 in den 17 ausgefüllten Fragebögen, die im Rahmen der Expertenbefragung eingingen, zitiert.

Zu den zitierten Leitlinien wurden z. T. die Leitlinienreporte mit aufgenommen.

3 Ergebnisse

Im Folgenden finden sich in tabellarischer Form Exzerpte der Antworten bzgl. physiotherapeutischer Behandlungsalternativen (Frage 7), zu Unterschieden zwischen der Vojta-Therapie und anderen Therapieverfahren (Frage 11) und zu Vorteilen der Vojta-Therapie gegenüber anderen Verfahren (Frage 12).

3.1 Aussagen zu physiotherapeutischen Behandlungsalternativen

Mit der Frage 7 wurden Alternativen zur VT für die Behandlung von Erkrankungen des ZNS adressiert:

Frage 7: Gibt es Ihrer fachlichen Ansicht nach physiotherapeutische Behandlungsalternativen zur Therapie nach Vojta bei Erkrankungen des zentralen Nervensystems?

7.1 Bei Säuglingen und Kindern?

7.2 Bei Erwachsenen?

Von insgesamt 17 Stellungnahmen konnten zwei Fragebögen keine Antworten auf die Frage 7 entnommen werden. Zur Unterfrage 7.1 haben sich zehn und zur Unterfrage 7.2 neun Stellungnehmende geäußert. In vier Fällen wurden die Unterfragen zusammen beantwortet.

Zur Beantwortung der Frage 7 wurden in den Stellungnahmen 23 Quellen angegeben, die zwischen den Jahren 2005 und 2024 veröffentlich wurden.

Es wurden vier Quellen der Evidenzstufe I (Ia oder Ib) benannt. Davon bezogen sich zwei auf die Rehabilitation nach einem Schlaganfall bei Erwachsenen [19,34] und zwei auf die Therapie von Kindern mit einer Zerebralparese [39] bzw. auf Kinder mit infantiler Haltungsasymmetrie [32]. Eine Studie zu Säuglingen mit lagebedingtem Plagiozephalus wurde der Evidenzstufe III zugeordnet [29].

Zur Benennung der physiotherapeutischen Behandlungsalternativen wurde in den Stellungnahmen auf zehn Leitlinien unterschiedlicher Entwicklungsstufen verwiesen: Zwei Leitlinien befassten sich mit der Indikation spastische Zerebralparese [12,13,38], eine thematisierte sensomotorischen Störungen [5,6] und eine das spastische Syndrom [7,8].

Es lagen vier Leitlinien zur Indikation Schlaganfall [4,10,11,15] und jeweils eine zu Bewusstseinsstörungen [9] und Querschnittsverletzungen [14] vor. Von den aufgeführten Leitlinien waren allerdings vier entweder noch in Überarbeitung [3,4,12,13] oder derzeit ungültig [10,15].

Die verbliebenen Quellen wurden der Evidenzstufe V zugeordnet. Dabei handelte sich um insgesamt sechs Quellen zu Kindern [27,33,41,42,48] bzw. Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen [56] mit angeborenen Behinderungen oder Störungen, einen narrativen Review zu akuten Schlaganfällen [18] und ein Praxisbuch für die Neurorehabilitation [20].

Tabelle 1: Rückmeldungen zu Frage 7

	Frage 7: Gibt es Ihrer fachlichen Ansicht nach physiotherapeutische Behandlungsalternativen zur Therapie nach Vojta bei Erkrankungen des zentralen Nervensystems?	
	7.1 Bei Säuglingen und Kindern?	7.2 Bei Erwachsenen?
Fachgesellschaften aus dem Bereich Neurologie		
DGN	./.	- Keine Behandlungsalternative aufgrund des einzigartigen Ansatzes der VT - Bei Schlaganfall: Bobath ist das am meisten verbreitete Behandlungskonzept, obwohl es anderen Behandlungsoptionen (CIMT) nicht überlegen ist und bzgl. motorischer Funktionsverbesserung sogar unterlegen ist [34] - VT zielt nicht auf das Wiedererlernen verlorener motorischer Funktionen durch z.B. Repetition oder Kompensation ab [18], sondern versucht den gestörten Zugang zu angeborenen Bewegungsmustern wiederherzustellen.
DGNR	- es gibt an der Neurobiologie des motorischen Lernens orientierte Übungsverfahren für Säuglinge, Kleinkinder und Kinder mit neurologischen Erkrankungen mit hohen Evidenzgraden [38,39] - evidenzbasierte Verfahren unter technischer Unterstützung: Therapieroboter aber auch neuromodulatorische Techniken wie nicht invasive periphere und zerebrale Stimulationstechniken und Verfahren unter Nutzung virtueller oder augmentierter Realität - Prinzipien des motorischen Lernens (Repetition, aufgabenspezifische Übungen, Feedback) werden bei reflexorientierten Methoden (VT, PNF) nicht berücksichtigt	- Gleiche Grundsätze wie unter 7.1 - Evidenzbasierte Therapieverfahren lassen sich den unter KG-ZNS Konzepten (VT, Bobath, PNF) nicht zuordnen [5,10,15]

	Frage 7: Gibt es Ihrer fachlichen Ansicht nach physiotherapeutische Behandlungsalternativen zur Therapie nach Vojta bei Erkrankungen des zentralen Nervensystems?	
	7.1 Bei Säuglingen und Kindern?	7.2 Bei Erwachsenen?
Fachgesellschaften mit Fokus auf Kinder		
DGSPJ/DGKJ	- Indikationsabhängig - Für unilaterale Zerebralparese: Bobath, Petö, COPCA, HIT, CIMT, mCIMT, GOT, Home based Training - Verweis auf unveröffentlichte LL S3-Leitlinie „Diagnostik und Therapie der unilateralen spastischen Zerebralparese / LL-uCP“ – Erscheinung Ende 2025 [12,13]	Behandlungsalternativen (siehe 7.1) aus der unveröffentlichten LL
GNP/DGKJ	Moderne Wirkprinzipien der Physiotherapie	./.
VAKJP	./.	
Weitere Fachgesellschaften		
DGOU	Bobath, manuelle Therapie, klassische Krankengymnastik bei kognitiv kooperierenden Patienten	
DGPTW	- Kombination von Techniken sinnvoll - Individuelle Therapieanpassung - Sinnvolle Ergänzungen zu VT: Bobath, Ganzkörper-Vibrationstherapie, Krafttraining, Mobilisationstechniken, Gangschulung, Atemtherapie, etc. - S3 LL zu Therapie und Diagnostik bei USCP wird aktuell erarbeitet [12,13]	- In einschlägigen Leitlinien genannte Interventionen Rehabilitation sensomotorischer Störungen [5,6] Therapie des spastischen Syndroms [7,8]; TheMoS: LL zur Therapie der Mobilität nach Schlaganfall [11] Rehabilitative Therapie bei Armparese nach Schlaganfall [10]
DMGP	./.	physiotherapeutische Verfahren, hauptsächlich basierend auf Kraft- und Ausdauertraining und Prinzipien des motorischen Lernens siehe AWMF Leitlinie „Rehabilitation der unteren Extremität, der Steh- und Gehfunktion bei Menschen mit Querschnittlähmung“ [14]

	Frage 7: Gibt es Ihrer fachlichen Ansicht nach physiotherapeutische Behandlungsalternativen zur Therapie nach Vojta bei Erkrankungen des zentralen Nervensystems?	
	7.1 Bei Säuglingen und Kindern?	7.2 Bei Erwachsenen?
Organisation der Leistungserbringer		
IFK	<u>Bobath-Konzept</u> - Beinhaltet einen neurophysiologisch begründeten, interdisziplinär anwendbaren Ansatz in der Befunderhebung, im therapeutischen Prozess und bei der Hilfe zur Bewältigung des Alltages. - Ganzheitliche Betrachtung der Person, Begleitung und Förderung von möglichen Aktivitäten - Berücksichtigung diverser Aspekte und körperlicher Funktionen - Orientierung der Therapie an den Ressourcen der zu behandelnden Person - Gemeinsame Therapiegestaltung und Vereinbarung zw. Ärztinnen/Ärzten, Pat., Bezugspersonen - Einsatz spezifischer Techniken, Hilfen für die Bewältigung persönlicher Herausforderungen, orientiert an Behandlungszielen - Einbindung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse - Schaffen von günstigen Voraussetzungen für sensomotorisches Lernen durch Sinnesaktivierung - Individuelle Zielsetzung - keine standardisierten Übungen - Fokus auf alltagsspezifische Tätigkeiten durch Handlungsanleitungen und Anpassungen der Umwelt - Vermeidung körperlicher sowie psychischer Sekundärfolgen - Übergeordnetes Therapieziel: Selbständigkeit im Lebensumfeld [56]	Weiterführend zum Bobath-Konzept: - bei Erwachsenen mit erworbener Hirnschädigung zum frühestmöglichen Zeitpunkt nach dem Ereignis. - Zugang zu Bewegungsmustern, die die größtmögliche Unabhängigkeit erlauben - Therapie soll Betroffenen durch gezielte Aktivitäten sensomotorisches Lernen ermöglichen, so dass Pat. eigene Problemlösungsstrategien finden. PNF-Konzept (propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation): - Mittels Propriozeptoren und Exterozeptoren werden über das Zusammenspiel zwischen Nerven und Muskeln Reize gesetzt, um funktionelle Aktivitäten anzubahnen, zu fazilitieren. [56]

	Frage 7: Gibt es Ihrer fachlichen Ansicht nach physiotherapeutische Behandlungsalternativen zur Therapie nach Vojta bei Erkrankungen des zentralen Nervensystems?	
	7.1 Bei Säuglingen und Kindern?	7.2 Bei Erwachsenen?
Physio Deutschland	- Bobath und VT vor allem bei nicht-verbal kommunizierenden Pat. - Bobath: üben von Funktionen wie Greifen, Drehen, Gehen - VT versucht angeborene Haltungs- und Bewegungsmuster abzurufen: Schaffung von Voraussetzungen für Umsetzung von Handlungen	- Siehe 7.1 - VT bietet eine gute Möglichkeit vom Pat. nicht abrufbare Muster zu aktivieren.
VPT	Laut Heilmittelkatalog: Bobath-Konzept	- Laut Heilmittelkatalog: Bobath-Konzept, PNF - physiotherapeutische, evidenzbasierte Behandlungsmöglichkeiten und Konzepte im Rahmen von anderen HeilM oder ergänzend zur KG ZNS: o Laufbandtraining o Gezielte Kräftigung der Muskulatur o Gleichgewichtstraining o Neurologische Konzepte wie CIMT, o Alltagstraining - Zentral: auf die Bedürfnisse und Zielsetzung des Pat. abgestimmte Therapieplanung
Fachverband		
IVG	- Alternativbehandlungen bei Kontraindikationen gegen VT - Die zur Kombination mit der VT beschriebenen Verfahren sind als Einzelanwendung weniger effektiv: Methoden mit geringerem Wirkungsgrad als VT: Bobath-Konzept, orofaziale Therapie nach Castillo-Morales, manuelle Therapie, CIMT	- Bei anderen Methoden fehlt das Einbahnen der Reflexlokomotion und Abrufen der gespeicherten Bewegungsmuster - Einzelne Methoden werden selten als Behandlungsalternativen betrachtet [19] - Ergänzend zur VT Übungsprogramm für die Häuslichkeit

	Frage 7: Gibt es Ihrer fachlichen Ansicht nach physiotherapeutische Behandlungsalternativen zur Therapie nach Vojta bei Erkrankungen des zentralen Nervensystems?	
	7.1 Bei Säuglingen und Kindern?	7.2 Bei Erwachsenen?
	- Unterschiede im Wirkungsgrad im Vergleich zu Bobath [29] und PNF [32] wurden bzgl. Asymmetrie und Plagiozephalus beobachtet	
VIFF-BV	- keine vergleichbare Therapie, die eine reflektorisch-sensomotorische Reaktion hervorruft	
VIFF-Sachsen	- Keine vergleichbaren Therapien, um angeborene Bewegungsmuster abzurufen - Behandlungsalternativen beinhalten andere Herangehensweisen (z. B. Bobath, PNF)	
Bobath Zukunft	- Alle Therapieformen zur Förderung der kindlichen Entwicklung unter Prinzipien des motorischen Lernens und Eigenaktivität, Intentionalität von Bewegungen, Stärkung der emotionalen Bindung zu Bezugspersonen [48] - Im Mittelpunkt steht die emotionale Stabilität der Familien - In Bobath-Kursen zur Behandlung von Säuglingen, Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Entwicklungs- und Bewegungsstörungen wird u. a. methodisches Vorgehen in Diagnostik und Therapie vermittelt. (siehe Frage 11) - Orientierung an der ICF Struktur zur Berücksichtigung der alltäglichen Gegebenheiten sowie Möglichkeiten zur Partizipation - [27,38,41,42]	./.
Bobath Vrg. WB	zielorientiertes, aufgabenspezifisches, alltagsorientiertes und interprofessionell ausgerichtetes Vorgehen ist anerkannter Standard	
	Zitat aus [33] - eine Förderung und aufgabenorientierte Therapie, evtl. mit psychologischer und pädagogischer Unterstützung von Kind und Familie ist effektiver als Therapie, die vorwiegend auf Funktionsstörungen ausgerichtet ist.	- Grundannahme einer personenzentrierten, kontextsensiblen Rehabilitation etabliert mit für die Physiotherapie grundlegender Ausrichtung zielorientierter, aufgabenbezogener, am Alltag der Betroffenen orientierten therapeutischer Vorgehensweisen im interprofessionellen Rahmen [20]

	Frage 7: Gibt es Ihrer fachlichen Ansicht nach physiotherapeutische Behandlungsalternativen zur Therapie nach Vojta bei Erkrankungen des zentralen Nervensystems?	
	7.1 Bei Säuglingen und Kindern?	7.2 Bei Erwachsenen?
	- Ausrichtung der Therapie nach den WHO Vorgaben bezüglich der ICF Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit – Erwerb der Fähigkeiten, die für die Teilhabe am Leben relevant sind, und Förderung der Teilhabe am sozialen Leben stehen im Mittelpunkt - motorisches Lernen am besten bei wiederholtem, eigenmotiviertem Üben von sinnvollen Aufgaben, das für das Kind auch zu einer Verbesserung der Fertigkeiten und Fähigkeiten beitragen kann → unterstützt Transfer in den Alltag - [33,41,47] - Fraglich, ob VT die Grundprinzipien der Therapie von Kindern und Säuglingen berücksichtigt	- Überführung dieser Prinzipien in die Leitlinien - Eine rein reflektorische motorisch-funktionelle Therapie, die den Alltagsbezug für die Betroffenen nicht herstellt, ist nicht adäquat. - [4,5,9,15]
Bobath Vrg. Therapeutin	./. keine Aussage wegen Befangenheit	

Tabelle 2: Zitierte Quellen zu Frage 7

Autor (Jahr)	Evidenzstufe	Population / Indikation	Zitiert von	Anmerkungen
7.1				
DGSPJ [12,13]	S3 LL: keine Bewertung möglich	Unilaterale spastische Zerebralparese	DGSPJ/DGKJ DGPTW	kein Volltext, da LL noch nicht veröffentlicht. geplante Fertigstellung 01.07.2025
Hadders-Algra (2011) [27]	V	Kinder mit erhöhtem Risiko für Behinderungen	Bobath Zukunft	Einflussfaktoren bei frühen Interventionen für Kinder mit erhöhtem Risiko für Behinderungen
Hohendahl et al. (2023) [29]	III	Säuglinge mit lagebedingtem Plagiocephalus	IVG	Retrospektive Studie mit 189 Säuglingen: 91 wurden nach Bobath behandelt und 98 nach Vojta
Jung et al. (2017) [32]	Ib	Säuglinge mit infantiler Haltungsasymmetrie	IVG	37 Säuglinge wurden randomisiert (Blockrandomisation): 19 erhielten VT und 18 NDT. „While both Neurodevelopmental treatment and Vojta are effective in the treatment of infantile postural asymmetry and comparably well applied by the parents, therapeutic effectiveness is significant greater within the Vojta group.“
Karch et al. (2005) [33]	V	Kinder mit zerebralen Bewegungsstörungen	Bobath Vrg. WB	Stellungnahme der DGN und DGSP
Morgan et al. (2021) [38]	Entspricht einer S2e LL	Kinder mit oder mit hohem Risiko für Zerebralparese	DGNR Bobath Zukunft	Beinhaltet eine starke Empfehlung gegen passive, therapeutengeleitete Behandlungstechniken zur Bewegungsaktivierung. Klinische LL auf Basis von SR und RCTs erstellt.
Novak et al. (2020) [39]	Ia/IIa	Kinder mit Zerebralparese	DGNR	Systematischer Review von Systematischen Reviews, schließt aber auch RCTs und niedrigere Evidenzlevel ein.
Rosenbaum & Gorter (2012) [41]	V	Kinder mit Behinderungen	Bobath Zukunft, Bobath Vrg. WB	Theoriebildung anhand der WHO ICF Klassifikation
Rosenbaum & Rosenbloom (2012) [42]	V	Kinder mit Zerebralparese	Bobath Zukunft	Buchkapitel
Schlack (2015) [48]	V	Kinder mit Behinderungen	Bobath Zukunft	keine Nennung von Vojta/Bobath/ Physiotherapie

Autor (Jahr)	Evidenzstufe	Population / Indikation	Zitiert von	Anmerkungen
Zalpour (2010) [56]	V	Kinder, Jugendliche, Erwachsene mit angeborener Hirnschädigung oder Entwicklungsstörung; Erwachsene mit erworbener Hirnschädigung	IFK	Auszug aus Physiotherapie-Lexikon
7.2.				
DEGAM (2020) [3,4]	S3 LL	Schlaganfall	Bobath Vrg. WB	LL in Überarbeitung, da seit >5 Jahren nicht aktualisiert. Therapeutisches Vorgehen nach Schlaganfall
DGN (2024) [7,8]	S2k LL	Spastisches Syndrom	DGPTW	Therapie des spastischen Syndroms; Nennung von Bobath, aber keine Nennung von VT
DGN, DGNR / Nelles et al. (2023) [5,6]	S2k LL	Sensomotorische Störungen	DGNR DGPTW Bobath Vrg. WB	Rehabilitation sensomotorischer Störungen Keine Nennung von Bobath, VT, PNF
DGNR (2020) [10]	S3 LL	Armparese nach Schlaganfall	DGNR DGPTW	Ungültige LL, Rehabilitative Therapie bei Armparese nach Schlaganfall
DGNR (2022) [9]	S3 LL	Koma und Bewusstseinsstörungen	Bobath Vrg. WB	Keine Nennung der VT, aber Nennung von Bobath-Therapie, Affolter-Therapie und basal-stimulierender Konzepte
DGNR (2024) [11]	S3 LL	Schlaganfall	DGPTW	Therapie der Mobilität nach Schlaganfall
DMGP (2024) [14]	S2e LL	Menschen mit Querschnittlähmungen	DMGP	Rehabilitation der unteren Extremität, der Steh- und Gehfunktion bei Menschen mit Querschnittlähmung
Dohle et al (2015) [15]	S2e LL	Schlaganfall	DGN Bobath Vrg. WB	Ungültige LL; Rehabilitation der Mobilität nach Schlaganfall; Keine Aussagen zu Vojta
Epple et al. (2015) [18]	V	Akuter Schlaganfall	DGN	Narrativer Review zu physiotherapeutischen Maßnahmen nach Schlaganfall
Epple et al. (2020) [19]	Ib	Erwachsene / akuter Schlaganfall	IVG	RCT mit 40 Pat.; Unterschiede im Ausgangsniveau der Studienpopulation (siehe table 2 [12]) und methodische Schwächen.

Autor (Jahr)	Evidenzstufe	Population / Indikation	Zitiert von	Anmerkungen
				„..Vojta therapy in acute stroke patients demonstrates improvement of postural control through Vojta therapy compared to standard physiotherapy.“
Frommelt et al (2024) [20]	V	Neurorehabilitation	Bobath Vrg. WB	Praxisbuch für interdisziplinäre Teams Keine Nennung von Vojta; Nennung der Bobath Therapie. Umfangreiches Werk zu Neurorehabilitation: *„Es muss betont werden, dass Physio- und Ergotherapeut*innen nicht mehr auf eine bestimmte Schule wie Bobath festgelegt sind. Der Fokus wird auf aktivitäts- und teilhabeorientierte Therapieprinzipien gelegt, in die Techniken verschiedener Richtungen einfließen.*“
Kollen et al. (2009) [34]	Ia	Schlaganfallrehabilitation	DGN	Systematischer Review von RCTS zum Vergleich der Bobath-Therapie mit alternativen Konzepten Keine Überlegenheit der Bobath-Therapie gegenüber alternativen Konzepten bezüglich sensomotorischer Kontrolle der UEX, OEX, Mobilität, ADL, Kosten-Effektivität, LQ

3.2 Aussagen zu Unterschieden zwischen Vojta-Therapie und anderen Therapien

Mit der Frage 11 des Fragebogens wurden Unterschiede zu anderen Therapieverfahren im Rahmen der ambulanten Heilmittelversorgung erfragt:

Frage 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)?

Von 17 Stellungnehmenden haben sich 14 zu der Frage 11 des Fragebogens geäußert. In einer Stellungnahme wurde von einem Stellungnehmenden auf Antworten zu anderen Fragen verwiesen.

Für die Beantwortung der Fragen wurden insgesamt elf Quellen herangezogen, die zwischen den Jahren 2008 [35] und 2024 [36] veröffentlicht wurden. Davon wurden zwei Publikationen zu der Indikation Schlaganfall als systematische Übersichtsarbeiten der Evidenzstufe Ia eingeordnet [16,49]. Eine systematisches Übersichtsarbeit zu Frühgeborenen mit akutem Lungenversagen wurde aufgrund der eingeschlossenen Quellen der Evidenzstufe IIa zugeordnet [30].

Weitere Quellen zu Frühgeborenen [2], Säuglingen und Kindern im Allgemeinen [1,22], Kindern mit Zerebralparesen [36], Erwachsenen mit neurologischen Erkrankungen [52] sowie drei indikationsoffene Werke [35,46,53] wurden als Evidenzstufe V klassifiziert.

Tabelle 3: Rückmeldungen zu Frage 11

	Frage 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)?
Fachgesellschaften aus dem Bereich Neurologie	
DGN	./.
DGNR	- Reflektorische Ansatz stellt den Hauptunterschied dar, Aspekte des Wiedererlernens oder neu Erlernens motorischer Abläufe durch wiederholtes Üben spielen keine wesentliche Rolle. - In der Bobath-Therapie: Anpassung an das wachsende Wissen bezüglich motorischer Lernprozesse innerhalb der letzten 20 Jahre, zeigt dennoch Unterlegenheit gegenüber neueren Ansätzen [16,49] - Klassifikation „auf neurophysiologischer Grundlage“ wird kritisch gesehen und entspricht nicht dem aktuellen Stand der Wissenschaft (Fehlen von wissenschaftlichen Belegen der klinisch relevanten Wirksamkeit) - Implementierung neuerer evidenzbasierter Therapieverfahren in die klinische Praxis durch aktuelle Regelungen behindert
Fachgesellschaften mit Fokus auf Kinder	
DGSPJ/DGKJ	Unterschied in der Evidenzlage: - Für Therapieverfahren, die gemäß KG-ZNS-Kind eingesetzt werden (Bobath und Vojta) besteht kein Unterschied. - Evidenzbasierte Ansätze können über KG-ZNS-Kind nicht abgerechnet werden
GNP/DGKJ	- Vojta: schematisch, statisch, Exklusivität und Spezifität behauptend - Bobath: dynamischer, flexibler - COPCA: Elternzentriert
VAKJP	- Im Vergleich zu beziehungsorientierten Verfahren wie Bobath, Affolter oder sensorischer Integration unterscheidet sich die VT durch ihre strukturierte, positionsgebundene und reizinduzierte Technik. - Andere Verfahren: dialogische, ko-regulative und explorative Interaktion mit dem Kind - VT überwiegend körperfokussiert, mit extern gesetzten Reizen und standardisierten Abläufen
Weitere Fachgesellschaften	
DGOU	- VT: Aktivierung reflexgesteuerter Bewegungsmuster - Bobath: hemmt pathologische Reflexe und fördert normale Bewegungsmuster - PNF: propriozeptive Reize zur Förderung komplexer Bewegungsmuster

	Frage 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)?
	- Die optimalen Einsatzgebiete der jeweiligen Methode sind unterschiedlich.
DGPTW	- Die neurophysiologischen Grundlagen des Konzeptes sind ebenso fragwürdig wie die vergleichbaren Positionen des Heilmittelkatalogs - Unterschied im Einbezug der Bezugspersonen, Durchführung bei Personen mit Kommunikationsunfähigkeit möglich (Aphasie, Bewusstlosigkeit, Kleinkind) - Unterschiede zu modernen evidenzbasierten Ansätzen der Neurorehabilitation, die auf Prinzipien der Neuroplastizität, motorischen Lernens beruhen – kein Bestandteil des Heilmittelkatalogs
DMGP	./.
Organisation der Leistungserbringer	
IFK	- Ziel der Bobath-Therapie ist insbesondere Förderung der sensomotorischen Entwicklung unter Berücksichtigung der Variabilität in der Entwicklung der Kinder - Fazilitation dient der Unterstützung bewegungsbezogener Aktivitäten in alltags- und handlungsrelevanten Situationen. - Handling wird zur Unterstützung bei einer Haltungskontrolle in verschiedenen Positionen, bei Positionswechseln und Fortbewegungen eingesetzt. - Vermittlung des Gebrauchs von Hilfsmitteln für den Alltag und die Selbstversorgung. - [1]
Physio Deutschland	<u>Bobath:</u> - Einüben von Bewegungsfolgen und -übergängen - Optimierung der Körperhaltung in verschiedenen Positionen durch das Handling, Initiierung der Fortbewegung - Anleitung der Eltern im förderlichen Umgang mit dem Kind <u>Vojta:</u> - Abrufen von Fortbewegungsprogrammen durch Stimulation definierter Zonen - Kein Einüben von alltagsspezifischen Aktivitäten, sondern Integration der Spontanmotorik, auf die im Alltag zugegriffen werden soll - Regelmäßige Aktivierung zielt auf Festigung physiologischer Bewegungen: Minimierung/Vermeidung von Ersatzmustern
VPT	- VT als auch Bobath basieren auf dem Umbau aufgrund der neuronalen Plastizität des Gehirns - Fokus der Bobath-Therapie auf Fazilitation und Handling:

	Frage 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)?
	- Handling soll ein selbstständiges Handeln ermöglichen (Bewegungsförderung, Situationsgestaltung und ggf. Anwendung von Hilfsmitteln) – immer aktivitätsbezogen [46]
Fachverband	
IVG	Im Unterschied zu anderen Therapien bei VT: - kein gezieltes Einüben alltagstäglicher Bewegungsabläufe, sondern Aktivierung des ZNS über Ausgangslagen und Reflexzonen, die auf genetisch angelegte Bewegungsmuster zugreifen - Erreichen höher differenzierter, peripherer Bereiche durch präzise Auslösung von Bewegungs- und Haltungsmustern (Okulomotorik (Blickbewegungen und Augensteuerung), Koordination orofazialer Abläufe (Zungenbewegung, Schluckakt), vegetative Funktionen (Regulation von Blase und Darmfunktion, Atmung) sowie Saugen, Schlucken und Sprache) - kann ohne Mitwirkung des Pat. durchgeführt werden, automatische Aktivierung, kein Verständnis erforderlich: Verbesserung u. a.der Vitalfunktionen, der Nahrungsaufnahme und -verarbeitung. - VT schafft bessere Voraussetzungen für das motorische Lernen in der Auseinandersetzung mit der Umwelt - Bahnende Elemente sind in anderen Therapieformen (z. B. Constraint Induced Movement Therapy, orofaziale Therapie nach Castillo-Morales, Lokomat, Galileo) enthalten, allerdings greifen sie im Gegensatz zur VT nicht auf das phylogenetisch bereitgestellte „globale Muster“ zu, bzw. erkennen dessen Objektivität nicht an. [2,30]
VIFF-BV	Verweis auf Antworten 1.1 und 7
VIFF-Sachsen	- Reaktionen sind beschrieben und immer wieder gleich abrufbar durch die angewendeten Aktivierungszonen, auf reflektorische Bahnung folgt aktive Muskelarbeit - In anderen Therapien werden Handlungs- und Bewegungsstrategien erarbeitet
Bobath Zukunft	- Unterschiedliche Grundannahmen zu kindlicher Entwicklung zwischen der Bobath- und VT und unterschiedliche Vorgehensweisen (Befundaufnahme, Clinical Reasoning, Zielvereinbarung und Therapieplanung) - Bobath: Verständnis komplexer Problemlagen und Bedarfe kombiniert mit Erkenntnissen der Bewegungssteuerung, des motorischen Lernens, familienorientierten Förderung - Alltagsorientierung, interprofessionelle Zusammenarbeit - [22,36]

	Frage 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)?
Bobath Vrg. WB	<u>Bobath:</u> - erschließt die Therapie der Pat. aus ihren individuellen Fähigkeiten und Schwierigkeiten im Kontext ihrer Lebenswelt, mit dem Ziel, ihrer Würde, ihrer Autonomie, ihrer Entwicklung und Rehabilitation zu dienen - vielfältige, differenzierte und kreative Gestaltung des Therapieprozesses - Förderung der Eigenaktivität der Pat. in ihrer Interaktion mit der Umwelt - Pat. soll die Therapie als sinnvoll, wertvoll, förderlich erachten - Curricula: [22,35,52,53] - Keine Übereinstimmung mit Denk- und Arbeitsweisen der Organisationen der Vojta-Therapie
Bobath Vrg. Therapeutin	Unterschiedliches Menschenbild: - Bobath: kompetenter, mündiger, handelnder, selbstwirksamer Mensch, den es zu unterstützen gilt - Vojta: Eigenaktivität unerwünscht

Tabelle 4: Zitierte Quellen zu Frage 11

Autor (Jahr)	Evidenzstufe	Population / Indikation	Zitiert von	Anmerkungen
Czajkowska et al. (2019) [2]	V	Frühgeborene	IVG	2 Fallberichte Verbesserung des Saugens
Dorsch et al. (2023) [16]	Ia	Schlaganfall	DGNR	Systematischer Review von RCTs: Bobath ist aufgabenspezifischem Training bei Schlaganfall bezogen auf Armaktivität und Armkraft unterlegen
Grafmüller at al. (2023) [22]	V	Säuglinge, Kinder, Jugendliche	Bobath Zukunft, Bobath Vrg. WB	Weiterbildungscurriculum Bobath-Konzept
IFK [1]	V	Kinder	IFK	Webseite
Igual Blasco et al. (2023) [30]	IIa	Frühgeborene mit akutem Lungenversagen	IVG	alle Studientypen eingeschlossen: 10 Studien eingeschlossen, davon 5 RCTs. RoB2 Bewertung zeigte hohes Verzerrungspotential bei 2 RCTs und unklares Verzerrungspotential (some concerns) bei 3 RCTs. *„All techniques were shown to be safe. Benefits were described after conventional chest physiotherapy, Vojta's reflex rolling, and lung compression interventions.“*
Mayston et al., (2024) [36]	V	Zerebralparese	Bobath Zukunft	Framework für klinische Entscheidungsfindung bei Zerebralparese
Mayston (2008) [35]	V	Indikationsoffen	Bobath Vrg. WB	Einordnung und Entwicklung des Bobath Konzeptes in Bezug auf andere Therapieverfahren
Viebrock & Forst (2008) [53]	V	Indikationsoffen	Bobath Vrg. WB	Buch zum Bobath-Konzept: u. a. Geschichtliches, theoretische Grundlagen, Bezugstherapien
Schellhammer (2012) [46]	V	Indikationsoffen	VPT	Vojta Konzept und Techniken, Buch
Scrivener et al. (2020) [49]	Ia	Schlaganfall	DGNR	Systematischer Review von RCTs: Bobath ist aufgabenspezifischen Training bei Schlaganfall bezogen auf Funktion der unteren Extremität unterlegen
VeBID (2022) [52]	V	Erwachsene mit neurologischen Erkrankungen	Bobath Vrg. WB	Curriculum für den Bobath-Grundkurs

3.3 Aussagen zu Vorteilen der Vojta-Therapie gegenüber anderen Verfahren

Mit der Frage 12 des Fragebogens wurden mögliche Vorteile der Vojta-Therapie gegenüber anderen Therapien, die im Rahmen der ambulanten Heilmittelversorgung angewendet werden, erfragt.

Frage 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?

12.1 Wenn ja, bitte beschreiben Sie diese näher.

12.2 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

Von insgesamt 17 Stellungnehmenden haben sich 12 zu der Frage 12 des Fragebogens geäußert. Davon sind neun auf die Unterfrage 12.1 und drei auf die Unterfrage 12.2 eingegangen. Von drei Stellungnehmenden wurden die Unterfragen jeweils zusammen beantwortet.

Insgesamt wurden 20 Quellen zitiert, die zwischen den Jahren 1983 und 2025 veröffentlicht wurden. Die Angaben hierzu stammten vornehmlich von der IVG und Physio Deutschland.

Drei RCTs [26,32,50] wurden der Evidenzstufe Ib zugeordnet. Es fand sich ein Studienprotokoll zu einem RCT mit der Studienregisternummer: NCT06092619 [37]. Laut Studienregister[1] wurde noch nicht mit der Rekrutierung begonnen (letztes Update gepostet: 23. Oktober 2023).

Anhand der nicht ausreichend beschriebenen Methodik wurden drei Studien als Evidenzstufe Ib/IIb eingestuft [23,25,55].

Eine systematische Übersichtsarbeit [44] wurde der Evidenzstufe IIa zugeordnet.

Auf der Evidenzstufe IIb fanden sich drei Quellen zu Kindern mit Beeinträchtigungen [24,31,51] und eine Interventionsstudie zu Multipler Sklerose [40].

Zudem wurden eine retrospektive Studie [29] (Evidenzstufe III), zwei einarmige Studien [17,45] (Evidenzstufe IV) sowie fünf Quellen [2,28,43,54,57] der Evidenzstufe V zitiert.

[1] https://ichgcp.net/de/clinical-trials-registry/NCT06092619 (letzter Zugriff: 12.09.2025)

Tabelle 5: Rückmeldungen zu Frage 12

	Frage 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?	
	12.1 Wenn ja, bitte beschreiben Sie diese näher.	12.2 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.
Fachgesellschaften aus dem Bereich Neurologie		
DGN	./.	
DGNR	Keine Vorteile erkennbar	./.
Fachgesellschaften mit Fokus auf Kinder		
DGSPJ/DGKJ	- Nichtberücksichtigung evidenzbasierter Ansätze für die KG ZNS Kind in der HeilM-RL - Präferenz der VT durch schwere Aktivierbarkeit von schwer beeinträchtigten Kindern und gute Therapieakzeptanz	
GNP/DGKJ	Keine Vorteile	./.
VAKJP	- Vorteil in der unmittelbaren Aktivierung zentraler Bewegungsmuster - die motorische Aktivität erfolgt allerdings nicht selbstinitiiert, nicht intentionell, nicht beziehungsbezogen: dies wird für Säuglinge kritisch gesehen - Konzepte, die das Kind als Subjekt in seiner leiblichen und affektiven Ausdrucksfähigkeit ernst nehmen, erscheinen psychisch wirksamer. Hier zeigt sich Vojta im Vergleich eher defizitär.	
Weitere Fachgesellschaften		
DGOU	- bei allen Störungen des ZNS und neuromuskulären Bewegungsstörungen im Kindes– und Erwachsenenalter, die mit limitierter Kooperationsfähigkeit einhergehen - besonders Neugeborene, Säuglinge und Pat. mit schweren/schwersten motorischen Beeinträchtigungen	./.
DGPTW	- Möglichkeit einer höheren Therapiedosis durch Einbezug von Bezugspersonen sowie Therapie von Menschen mit eingeschränkten kommunikativen Fähigkeiten	- Messbarkeit der Vorteile unklar - Keine relevante Literatur

	Frage 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?	
	12.1 Wenn ja, bitte beschreiben Sie diese näher.	12.2 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.
	- Pat. brauchen keine Anweisung durch das Abrufen verankerter Reflexmuster	
DMGP	./.	
Organisation der Leistungserbringer		
IFK	./.	./.

Physio Deutschland	- allgemeine Vorteile
	- Verweis auf Antwort zu Frage 11:
	  o Verbesserung der Aktivität und Teilhabe
	  o Durch Abrufen der generellen Muster wird den Kindern ermöglicht, ihren Bedürfnissen und Wünsche nachzukommen
	  o Weniger Frustration, emotionale Belastbarkeit, ausgeglichener
	- positive Auswirkung auf die Eltern-Kind-Beziehung
		Vorteile der VT
		- bei Symmetriestörung [32]
		- und Kindern mit CP [45]

VPT	./.	
Fachverband		
IVG	- VT ist in den frühen Lebensjahren geeignet, die phylogenetisch optionale neuromotorische Funktionsdifferenzierung zu begünstigen und die feste Etablierung zerebralparetischer Bewegungsmuster zu minimieren - systematische Wiederholung bedeutsamer afferenter Zusammenhänge ist eine Voraussetzung für eine bestmögliche Entwicklung und Wiederherstellung des PNS und ZNS –	- Reduktion von Regulationsstörungen [57] - Kombination von selbstproduziertem, explorierendem, variationsreichem motorischen Verhalten und gezielter Aktivierung angeborener basaler Bewegungsmuster durch die Reflexlokomotion [28] - Studienlage aufgrund von schwieriger Messbarkeit der Rumpfsteuerung nicht sehr umfangreich

	Frage 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?	
	12.1 Wenn ja, bitte beschreiben Sie diese näher.	12.2 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.
	kann durch mehrmalige Durchführung durch die Bezugspersonen gewährleistet werden - Stärkung der Eltern-Kind-Beziehung und Reduktion von Regulationsstörungen [57] - Einbezug der Eltern/Bezugspersonen kann Zeitabstände zwischen Praxisbesuchen verlängern: kostengünstiger - eindeutig definierte Reaktionen, die unter Aktivierung durch VT erwartet werden: Fehlen oder unvollständige Reaktionen weisen auf notwendige Änderung der VT hin - Rumpfsteuerung wird gezielt und positiv beeinflusst [17]	- Machbarkeitsstudie zum Einsatz der Sensoren zur Messung der Rumpfsteuerung beim Gehen [17] - „*direkter Zusammenhang des Bewegungsniveaus eines Kindes zu seiner Postura und seiner Fähigkeiten im Alltag*“ [54] - Indikationsbereich der mittelschweren Zentralen Koordinationsstörung [31] - Weitere Quellen: [2,23,24,25,26,29,32,37,40,43,44,45,50,51,55,57]
VIFF-BV	- Verweis auf Antwort zur Frage 7 o Es gibt keine vergleichbaren Therapien, die reflektorisch die Haltungs- und Bewegungsmuster abrufen - Vorteile bei schwer mehrfach behinderten Kindern und Erwachsenen, mit und ohne mentale Einschränkungen - Aktivierung durch VT ist unabhängig von kognitiven Fähigkeiten	
VIFF-Sachsen	- klare Technik, klar definierte Auslösezonen - Keine Willkürmotorik notwendig zum Auslösen der Reflexbewegungen - Unabhängig von Motivation, Kognition	./.
Bobath Zukunft	- Keine Vorteile der VT, die nicht auch anderweitig erreichbar wären - Hinweis auf Antwort zu 2.1 und Literatur siehe 7.1	./.
Bobath Vrg. WB	./.	

	Frage 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?	
	12.1 Wenn ja, bitte beschreiben Sie diese näher.	12.2 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.
Bobath Vrg. Therapeutin	- Möglichkeit der Muskelkräftigung im Säuglingsalter	./.

Tabelle 6: Zitierte Quellen zu Frage 12

Autor (Jahr)	Evidenzstufe	Population	Zitiert von	Anmerkungen
12.2.				
Czajkowska et al. (2019) [2]	V	Zwei Frühgeborene – zur Verbesserung des Saugens	IVG	Fallberichte
DRK-Kinderklinik Siegen [17]	IV	Kinder mit Zerebralparese	IVG	Pilotstudie an 19 Kindern mit Zerebralparese und 19 gesunden Kindern als Referenzen zur Entwicklung eines Messinstruments für posturale Kontrolle im Gang, bisher keine Ergebnisse vorhanden
Ha & Sung (2018) [23]	Ib/IIb	Kinder mit Zerebralparese	IVG	RCT mit 10 Kindern zur Verbesserung der Zwerchfellbeweglichkeit
Ha & Sung (2021) [25]	Ib/IIb	Kinder mit Entwicklungsverzögerungen mit Hypotonie	IVG	RCT/ vergleichende Studie mit 17 Kindern zur Beeinflussung der Nacken-Stabilität und Balance Aussagekraft der Ergebnisse aufgrund der methodischen Mängel unklar
Ha & Sung (2022) [26]	Ib	Kinder mit Hypotonie	IVG	RCT mit 20 Kindern: VT versus herkömmliche Physiotherapie *„Vojta therapy can be suggested as an effective intervention method for improving trunk control and gross motor function in children with central hypotonia.“*
Ha & Sung (2024) [24]	IIb	Kinder mit spastischer Zerebralparese	IVG	Pilotstudie mit 19 Kindern, nicht-randomisierte vergleichende Interventionsstudie: VT versus herkömmliche Physiotherapie *„The stimulus zones of the Vojta method could improve trunk control in children with spastic-type cerebral palsy through intra-abdominal pressure and anti-gravity movement“*
Hadders-Algra (2018) [28]	V	Motorische Entwicklung im Kindesalter	IVG	V | narrativer Review mit Fallbeispielen

Autor (Jahr)	Evidenzstufe	Population	Zitiert von	Anmerkungen
Hohendahl et al. (2022) [29]	III	Säuglinge mit lagebedingtem Plagiocephalus	IVG	Retrospektive Studie mit 189 Säuglingen: 91 wurden nach Bobath behandelt und 98 nach Vojta
Imamura et al. (1983) [31]	IIb	Kinder im 1. Lebensjahr mit Verzögerung oder Störungen der motorischen Entwicklung	IVG	713 Kinder: 308 Kinder erhielten VT, 405 Kinder wurden mit anderen Behandlungsmethoden therapiert. „Treatment by Vojta's method seems to be efficient and helpful for young children with delayed motor development“
Jung et al. (2017) [32]	Ib	Säuglinge mit infantiler Haltungsasymmetrie	Physio Deutschland IVG	RCT: 37 Säuglinge wurden randomisiert (Blockrandomisation): 19 erhielten VT und 18 NDT. „While both Neurodevelopmental treatment and Vojta are effective in the treatment of infantile postural asymmetry and comparably well applied by the parents, therapeutic effectiveness is significant greater within the Vojta group.“
Lopez et al. (2021) [40]	IIb	Multiple Sklerose	IVG	Nicht-randomisierte vergleichende Interventionsstudie: VT versus herkömmliche Physiotherapie *„The results suggest that Vojta therapy has a short-term effect improved balance in everyday skills according to BBS and the other tests (walking) in people with MS compared to a standard therapeutic procedure.“*
Menendez-Pardinas et al. (2023) [37]	Studienprotokoll zu Ib	Kinder mit Motoneuronerkrankung	IVG	Die Publikation stellt nur ein Studienprotokoll für ein RCT dar und enthält keine Ergebnisse. Studienregisternr. NCT06092619
Sadowska (2000) [43]	V	Kinder mit psychomotorischen Entwicklungsstörungen	IVG	Buch auf Polnisch

Autor (Jahr)	Evidenzstufe	Population	Zitiert von	Anmerkungen
Sanchez-Gonzalez et al. (2024) [44]	IIa	Keine Einschränkungen: Frühgeborene / Säuglinge / Kinder / Erwachsene indikationsoffen oder ohne Erkrankung	IVG	Insgesamt 55 Studien eingeschlossen in die qualitative Synthese, 18 Studien eingeschlossen in die Meta-Analyse Bei Kindern keine funktionell oder klinisch relevanten Effekte für neurologische (figure 9), respiratorische (figure 6 und 7) und orthopädische (figure 8) Indikationen: GRADE Bewertung: geringe Qualität der eingeschlossenen Studien
Sanz-Mengibar et al. (2021) [45]	IV	Kinder mit Zerebralparese	Physio Deutschland IVG	Einarmige Studie im Vorher-Nachher-Vergleich, Effekte der VT auf grobmotorische Funktionen bei 16 Kindern
Sung & Ha (2020) [50]	Ib	Kinder mit Zerebralparese	IVG	RCT mit 13 Kindern, Vergleich VT und physiotherapeutische Übungen (Kräftigung, Gangtraining) im Hinblick auf muskulären Durchmesser der Bauchmuskulatur und Gangparameter (Standbeinphase, Spurbreite). Intervention (VT) zeigt mögliche positive Effekte, jedoch methodische Einschränkungen
Trafalska & Paprocka-Borowicz (2025) [51]	IIb	Frühgeborene Kinder	IVG	Nicht randomisierte Vergleichsstudie, Einfluss der VT auf motorische Fähigkeiten und zur Diagnosestellung einer Entwicklungsverzögerung bei 200 Frühgeborenen Kindern, Kontrollgruppe mit 50 termingerecht geborenen Kindern mit ZNS-Koordinationsstörung *„The Vojta method is a valuable tool for early diagnosis and intervention to address developmental delays among preterm and full-term infants“*

Autor (Jahr)	Evidenzstufe	Population	Zitiert von	Anmerkungen
Vlckova et al. (2024) [54]	V	Kinder mit Zerebralparese	IVG	Assoziationsbeobachtung zwischen Trunk Control Test und lokomotorischer Entwicklung
Wójtowicz et al. (2017) [55]	Ib/IIb	Institutionalisierte Kinder zwischen 2-6 Jahren mit mentaler oder motorischer Behinderung	IVG	24 Kinder randomisiert zugeteilt in zwei Gruppen: VT vs. Verschiedene andere Methoden, deutlichere Verbesserung der Mobilität der OEX sowie der selbstständigen Nahrungsaufnahme in der Interventionsgruppe Methodische Einschränkungen
Ziegler et al. (2023) [57]	V	Kinder mit Regulationsstörungen	IVG	*„In diesem Beitrag wird auf die Klassifikation, Epidemiologie, das klinische Bild, die Ätiologie und den Verlauf dieser Störungen, der sogenannten Regulationsstörungen, eingegangen.“*

4 Zusammenfassung

Physiotherapeutische Alternativen zur VT für die Behandlung von Erkrankungen des ZNS (Frage 7)

Bei Säuglingen und Kindern

- Am häufigsten wurde von den Stellungnehmenden das Bobath-Konzept als Alternative oder Ergänzung zur Vojta-Therapie benannt (DGSPJ/DGKJ, DGPTW, DGOU, IFK, Physio Deutschland, VPT, IVG, Bobath Zukunft). Zudem wurden weitere alternative oder ergänzende Therapien wie Petö (DGSPJ/DGKJ), COPCA (DGSPJ/DGKJ), HIT (DGSPJ/DGKJ), CIMT (DGSPJ/DGKJ, IVG), mCIMT (DGSPJ/DGKJ), GOT (DGSPJ/DGKJ), Home based Training (DGSPJ/DGKJ), Manuelle Therapie (DGOU, IVG), Ganzkörper-Vibrationstherapie (DGPTW), Krankengymnastik (DGOU), Krafttraining (DGPTW), Mobilisation (DGPTW), Gangschulung (DGPTW), Atemtherapie (DGPTW), PNF (IFK) oder die orofaziale Therapie nach Castillo-Morales (IVG) aufgezählt.
- Die DGNR benennt moderne Maßnahmen wie Therapieroboter und neuromodulative Techniken (nicht invasive periphere und zerebrale Stimulationstechniken und Verfahren unter Nutzung virtueller oder augmentierter Realität) als Alternativen für die Behandlung von Kindern und Säuglingen mit Erkrankungen des ZNS.
- Im Gegensatz dazu sehen die VIFF-BV, der VIFF-Sachsen und die IVG die aufgezählten Alternativverfahren – ohne Anwendung der VT – als weniger effektiv an und erkennen keine anderen Therapieformen als gleichwertig zur VT an. Einzig bei Vorliegen von Kontraindikationen, die gegen eine Anwendung der VT sprechen, müssen Behandlungsalternativen gewählt werden (IVG).
- Zur Behandlung von Kindern wurden als wichtige Aspekte der Therapie die Orientierung an den Prinzipien des motorischen Lernens [33,38,39,41,48] (Bobath Zukunft, Bobath Vrg. WB, DGNR) unter Berücksichtigung der in der ICF-Struktur identifizierten Ziele und psychosozialen Gegebenheiten aufgeführt (Bobath Zukunft, Bobath Vrg. WB).

Bei Erwachsenen

- Einige Stellungnehmende gaben in den Antworten an, dass sie keine Behandlungsalternative zur VT bei Erwachsenen aufgrund des einzigartigen Ansatzes anerkennen (DGN, IVG, VIFF-BV). Dies gilt laut Physio Deutschland insbesondere bei Erwachsenen mit Kommunikationseinschränkungen.
- Gegensätzlich dazu entspricht laut der DGNR keines der im Heilmittelkatalog unter „KG-ZNS“ anerkannten Ansätze den evidenzbasierten Grundsätzen der Behandlung von Erkrankungen des ZNS.
- Das Bobath-Konzept sei laut VPT das am meisten verbreitete Behandlungskonzept, obwohl es bezüglich der Wirksamkeit anderen Behandlungsmaßnahmen wie der CIMT unterlegen ist (DGN).

- Als Behandlungsalternativen zu dem im Heilmittelkatalog aufgeführten Maßnahmen (PNF, Bobath) gibt es evidenzbasierte Ansätze wie das Laufbandtraining, Kräftigung, Gleichgewichtstraining, CIMT und Alltagstraining (VPT).
- Evidenzbasierte Therapieverfahren lassen sich den unter KG-ZNS genannten Therapien nicht zuordnen (DGNR).
- Laut der DMGP sollte die Behandlung von Erkrankungen des ZNS auf Prinzipien des motorischen Lernens basieren.

Unterschiede zu den anderen Therapieverfahren im Rahmen der ambulanten Heilmittelversorgung (Frage 11)

- Der Hauptunterschied besteht in dem reflektorischen Ansatz der VT im Vergleich zu Aspekten des Wiedererlernens oder neu Erlernens motorischer Abläufe durch wiederholtes Üben im Sinne des motorischen Lernens, die in der VT keine Rolle spielen (DGNR, DGPTW).
- Die VT ist eher standardisiert, statisch, passiv und positionsgebunden (GNP/DGKJ, Bobath Vrg. Therapeutin, VAKJP), wobei die Bobath-Therapie und andere Ansätze wie Affolter oder die sensorische Integration dynamisch und flexibler durchgeführt und kreativ angepasst werden (Bobath Vrg. WB). Andere Verfahren bevorzugen eine dialogische, ko-regulative und explorative Interaktion mit dem Kind (VAKJP). Im Gegensatz dazu ist die COPCA Therapie elternzentrierter (GNP/DGKJ).
- Die Bobath-Therapie, die sich den modernen Prinzipien des motorischen Lernens angepasst hat, zeigt sich dennoch den neueren Ansätzen unterlegen (DGNR).
- Eine Implementierung neuerer evidenzbasierter Therapieverfahren ist durch die Regelung der KG ZNS-Kind nicht möglich (DGNR, DGSPJ/DGKJ).
- Die VAKJP sieht den Unterschied in dem Zugang zu dem Kind: Die VT ist überwiegend körperfokussiert, mit extern gesetzten Reizen und standardisierten Abläufen wohingegen andere Therapieansätze dialogisch und explorativ in Interaktion mit dem Kind arbeiten.
- Laut der DGOU und Physio Deutschland werden durch verschiedene Konzepte unterschiedliche motorische Reaktionen hervorgerufen. Während die VT versucht, reflexgesteuerter Bewegungsmuster zu aktivieren (IVG, VIFF-Sachsen), hemmt die Bobath-Therapie pathologische Reflexe und fördert normale Bewegungsmuster durch das Einüben von Bewegungsfolgen und Übergängen mittels gezielten Handlings und Fazilitation (VPT). PNF fördert komplexe Bewegungsmuster durch das Setzen von propriozeptiven Reizen (DGOU). Durch die Aktivierung der genetisch verankerten Muster kann auf höher differenzierte periphere Bereiche, die die vegetativen Funktionen oder koordinativen Abläufe steuern, zugegriffen werden (IVG).

- Die Stellungnehmenden sehen Unterschiede in der fehlenden Aufgabenorientierung der VT. Dagegen fokussiert das Bobath-Konzept auf selbstständiges Handeln, Gestaltung von Situationen und Bewältigung von alltäglichen Anforderungen, unter anderem durch den Einsatz von Hilfsmitteln und interdisziplinäre Zusammenarbeit (VPT, Physio Deutschland, IVG, VIFF-Sachsen, Bobath Zukunft, Bobath Vrg. Therapeutin).
- Die Ansätze unterscheiden sich in der erforderlichen Motivation der zu therapierenden Pat., da die Bewegungsmuster der VT auch ohne inneren Antrieb hervorgerufen werden können (IVG), wobei der Bobath-Ansatz die Pat. in ihrer Autonomie und in ihren Lebenswelten ganzheitlich betrachtet (Bobath Vrg. WB). Im Gegensatz zur VT berücksichtigt die Bobath-Therapie die Variabilität in der Entwicklung der Kinder (IFK).

Vorteile der Vojta-Therapie gegenüber anderen Verfahren, die im Rahmen der ambulanten Heilmittelversorgung angewendet werden (Frage 12)

Beschreibung der Vorteile (Unterfrage 12.1)

- Laut der DGNR, GNP/DGKJ und Bobath Zukunft gibt es keine erkennbaren Vorteile der VT gegenüber anderen Verfahren.
- Die VT kann bei schwieriger Aktivierbarkeit von schwer beeinträchtigten Kindern und aufgrund der guten Therapieakzeptanz (DGSPJ/DGKJ) oder bei Menschen mit eingeschränkten Kooperations- oder kognitiven Fähigkeiten präferiert werden (DGOU, DGPTW, VIFF-BV, VIFF-Sachsen, Bobath Vrg. Therapeutin).
- Die VAKJP sieht einen Vorteil der VT in der unmittelbaren Aktivierung zentraler Bewegungsmuster, die jedoch nicht selbstinitiiert und intentionell ausgelöst werden (VAKJP).
- Die VT ermöglicht eine höhere Therapiedosis durch Einbeziehung von Bezugspersonen (DGPTW). Die Wiederholung von afferenten Mustern ist eine Voraussetzung für eine bestmögliche Entwicklung des PNS und ZNS, dies ist allerdings nur unter Einbeziehung der Bezugspersonen möglich (IVG). Durch die vermehrte Übernahme durch die Bezugspersonen können Praxisbesuche minimiert werden, wodurch die Therapie kostengünstiger wird (IVG).
- Automatisch ausgelöste Reaktionen durch die standardisiert gesetzten Reize bedürfen keiner Korrektur. Die VT kann dadurch einfach von Bezugspersonen umgesetzt werden (IVG).
- Die VT ermöglicht den Kindern, ihren Bedürfnissen und Wünschen nachzugehen, indem die Frustration und Belastbarkeit durch Misslingen der Bewegungshandlungen abnimmt (Physio Deutschland).
- Die VT ist besonders in frühen Lebensjahren dafür geeignet, eine feste Etablierung zerebralparetischer Bewegungsmuster zu minimieren (IVG).

Darstellung der Evidenz (Unterfrage 12.2)

- Laut der DGSPJ/DGKJ werden evidenzbasierte Ansätze für die KG ZNS-Kind nicht berücksichtigt.
- Die Messbarkeit der Vorteile ist unklar (DGPTW, IVG), deshalb ist die Studienlage nicht sehr umfangreich (IVG).
- Evidenz bzgl. Vorteilen der VT wurde ausschließlich von Physio Deutschland und der IVG angegeben:
  - bei Symmetriestörung bei Säuglingen [32] (Physio Deutschland)
  - bei Kindern mit CP [45] (Physio Deutschland)
  - bei zentralen Koordinationsstörungen [31] (IVG)
  - Reduktion von Regulationsstörungen [57] (IVG)
  - Rumpfsteuerung wird gezielt und positiv beeinflusst [17] (IVG)
  - Aktivierung angeborener basaler Bewegungsmuster durch Reflexlokomotion [28] (IVG)
- Weitere von der IVG genannte Quellen finden sich im Unterkapitel 3.3.

Zusammenfassung relevanter Quellen zum Themenkomplex IV

Von den Quellen, die in den Antworten zum Themenkomplex IV (Vergleich Vojta vs. Andere Therapien) angegeben wurden, wurden folgende Publikationen als relevant/interessant eingestuft:

- zwei Übersichtsarbeiten und fünf vergleichende Studien mit Fokus auf Kinder
- zwei Übersichtsarbeiten mit Fokus auf Schlaganfall bei Erwachsenen.

Relevante Quellen mit Fokus auf Kinder

- Die systematische Übersichtsarbeit von Novak et al. (2020) [39] wurde von der DGNR zitiert und untersucht die Evidenz verschiedener Behandlungsmethoden für Kinder mit CP. Primär wurde Evidenz aus bereits existierenden systematischen Übersichtsarbeiten eingeschlossen. Zusätzlich wurden randomisierte kontrollierte Studien sowie Studien niedrigerer Evidenzstufen betrachtet. Insgesamt wurden 182 verschiedene Interventionen in 247 eingeschlossenen Studien identifiziert. Davon waren 23 % präventive und 77% therapeutische Interventionen für Kinder mit Zerebralparese. In Anlehnung an die ICF-Struktur zielten die meisten Interventionen (62 %) auf die Verbesserung der Körperfunktionen- und Strukturen ab, wobei nur 3 % der Interventionen auf Partizipation der Betroffenen fokussiert waren.

  In den Abbildungen (siehe [39] Fig. 2; Seite 6-7) wurde die Effektivität verschiedener Therapien bei Kindern mit CP in Form eines „Evidence Alert System“ dargestellt. Im Folgenden werden die Empfehlungen für ausgewählte Therapieverfahren für Kinder mit CP

aufgelistet (jeweils das Therapieverfahren, der Einsatzbereich, der betrachtete Endpunkt sowie die Bewertung durch Novak et al.):

Vojta-Therapie

- Lungenfunktion (pulmonary) für die Zwerchfell Inspiration – probably do it
- Motorik (Grobmotorik) – probably don't do it
- frühe Interventionen (Grobmotorik) – probably don't do it

NDT / Bobath Therapie

- Tonus (Spastizität) – probably do it
- Für NDT in der originalen passiven Form:
  - frühe Intervention (Grobmotorik) – probably don't do it
  - Motorik (Grobmotorik) – don't do it
  - Kontraktur und Ausrichtung – don't do it
  - Selbstpflege (Self Care) – don't do it

CIMT

- Motorik (Hand Funktion, Aktivität und Teilnahme) – do it
- Frühe Intervention mit CIMT<2 Jahre (Funktion der Hand) – probably do it
- Frühe Intervention mit CIMT oder Bimanual (Funktion der Hand) – probably do it

COPCA

- Frühe Intervention (Grobmotorik) – probably do it
- Selbstpflege/Funktion – probably do it

Ganzkörper-Vibrationstherapie

- Tonus (Spastizität) – probably do it

Krafttraining

- Motorik (Muskelkraft) – do it
- Motorik (Grobmotorik, Kräftigung der unteren Extremitäten, Funktion) – probably do it

Laufband Training

- Motorik (Geschwindigkeit und Ausdauer beim Gehen, Grobmotorik) – do it
- Motorik: Laufbandtraining mit Gewichtsunterstützung (Geschwindigkeit) – do it
- Motorik: Laufbandtraining mit Gewichtsunterstützung (Grobmotorik, Ausdauer beim Gehen) – probably do it

Mobilisation (mobility training)

- Motorik (Gehgeschwindigkeit) – do it
- Motorik (Grobmotorik, Gehen gemäß GMFCS IV-V) – probably do it

Home based Training (Home program)

- Motorik (Funktion der Hand) – do it
- Selbstpflege – do it

Es fanden sich keine Informationen zu PNF.

Die Autorengruppe gibt an, dass es für einen Großteil der aufgeführten Interventionen, die für eine Behandlung von Kindern mit CP eingesetzt werden, noch an Evidenz fehlt.

Anmerkung FBMed: Die Publikation wurde in der STN der FBMed vom 27.06.2024 (siehe Seite 33-36) dargestellt und im Rahmen des Themenkomplex I zitiert.

- Die Übersichtsarbeit von Sanchez-Gonzalez et al. (2024) [44] wurde von der IVG zitiert. Die Studie hatte das Ziel die verfügbare Evidenz zum Nutzen der VT mit Schwerpunkt auf die Neuromodulation von Bewegungsparametern zusammenzutragen.

  Anmerkung FBMed: Die Publikation wurde bereits im Themenkomplex III (siehe Seite 45) und in der STN der FBMed vom 27.06.2024 (siehe Seite 15-19) dargestellt.

- In den Antworten zum Themenkomplex IV wurden fünf vergleichende Studien von den Autoren Ha & Sung zitiert. Dabei handelt es sich z. T. um randomisierte Studien mit kleinen Populationsgrößen (n = 10 bis 20) von Kindern mit Zerebralparese [23,24,50] oder Hypotonie [25,26], bei denen die Wirksamkeit der Vojta Therapie auf unterschiedliche Zielgrößen (Zwerchfellbeweglichkeit, Nackenstabilität, Haltungskontrolle, Breite der Bauchmuskulatur) untersucht wurde.
  Die Studien aus dem Jahr 2018 [25] sowie 2020 [50] sind als Quellen in den oben dargestellten systematischen Übersichtsarbeiten von Novak et al. 2020 [39] und Sanchez-Gonzalez et al. 2024 [44] enthalten. Alle Studien von der Autorengruppe Ha & Sung zeigen positive Effekte der VT, weisen allerdings gravierende methodische Einschränkungen auf.

<u>Relevante Quellen mit Fokus auf Erwachsene</u>

- Die systematische Übersichtsarbeit von Dorsch et al. (2023) [16] hat die Effektivität der Bobath-Therapie auf die Funktion der oberen Extremitäten (OEX) im Vergleich zu anderen physiotherapeutischen Maßnahmen untersucht. 13 Studien wurden eingeschlossen, die Erwachsene 14 Tage bis 4,5 Jahre nach einem Schlaganfall untersucht haben. Für den Vergleich Bobath versus aufgabenspezifisches Armtraining (task-specific training) bzw. Bobath versus Armbewegung („arm movement“) lagen jeweils fünf Studien vor. Ein aufgabenspezifisches Armtraining war im Vergleich zur Bobath-Therapie effektiver in Bezug auf Armbewegungen[2] nach einem Schlaganfall (standardisierte Mittelwertdifferenz (SMD) –1,07; 95 % CI –1,59 bis –0,55, I^2 = 68%). Aktive OEX-Übungen hatten den gleichen bis größeren Effekt auf Armbewegungen verglichen mit der Bobath-Therapie (SMD –0,18; 95 % CI –0,44 bis 0,09, I^2 = 11 %).
  Bzgl. der Muskelkraft (erhoben mit dem Fugl-Meyer Test) zeigte sich auf Basis von 3 Studien, dass ein aufgabenspezifisches Armtraining die Armkraft positiver beeinflusste als die Bobath-Therapie, wobei keine statistisch signifikanten Ergebnisse erreicht wurden.

[2] „Armbewegungen“ ist definiert als allgemeine Bewegungen des Armes ohne Greifen oder Manipulieren von Alltagsgegenständen.

- Die systematische Übersichtsarbeit von Scrivener et al. (2020) [49] hat die Effektivität der Bobath-Therapie auf Funktionen der unteren Extremitäten (UEX) im Vergleich zu anderen physiotherapeutischen Maßnahmen untersucht. 22 Studien wurden eingeschlossen, die Erwachsene sechs Tage bis sechs Monate nach einem Schlaganfall untersucht haben. Der gepoolte Schätzer auf Basis von neun Studien lag für den Vergleich eines aufgabenspezifischen Trainings versus Bobath Therapie bei einer SMD von 0,48 (95 % CI 0,01 bis 0,95, I^2 = 84 %) für den primären Endpunkt[3], d. h. ein aufgabenspezifisches Training scheint etwas effektiver in der Beeinflussung der Aktivität der unteren Extremitäten zu sein als die Bobath-Therapie. Die Bobath-Therapie erreichte im Vergleich zu der PNF einen stärkeren Effekt für den primären Endpunkt (SMD -1,40, 95 % -1,92 bis -0,88), wobei hierzu nur eine Studie mit 72 Pat. vorlag. In Hinblick auf die Beinaktivität zeigten kombinierte Interventionen und Krafttraining im Vergleich mit der Bobath-Therapie keine statistisch signifikanten Unterschiede.

  Ebenso zeigten sich keine statistisch signifikanten Unterschiede bzgl. weiterer Endpunkte (Gehfähigkeit, Aufstehen, Treppensteigen, Mobilität) sowie in Hinblick auf die sekundären Endpunkte Muskelkraft und Koordination.

  Anmerkung FBMed: In beiden systematischen Übersichtsarbeiten mit Fokus auf Schlaganfall war die Vergleichbarkeit der Studiengruppen aufgrund der Pat.-Merkmale und Inhalte der therapeutischen Interventionen eingeschränkt. Zudem wiesen die Ergebnisse der gepoolten Studien z. T. eine hohe Heterogenität (I^2) auf: I^2 beschreibt, welcher Anteil der Variabilität der Ergebnisse verschiedener Studien auf Heterogenität zurückzuführen ist und nicht auf zufällige Schwankungen: eine niedrige Heterogenität liegt bei I^2 bis 25 % vor, eine mittlere Heterogenität bei I^2 bis 50 % und ab 75 % liegt eine hohe Heterogenität vor.

[3] Primärer Endpunkt ist die Aktivität der unteren Extremitäten. Dies umfasste das Gleichgewicht im Sitzen, „Sit-to-Stand", die Balance im Stehen, das Gehen, das Laufen und das Treppensteigen.

Referenzen

1. **Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten - IFK.** IFK Patienteninformationen: Therapiemethoden/-konzepte; Bobath-Therapie Kinder [online]. Bochum (GER): Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten - IFK. [Zugriff: 29.07.2025]. URL: https://ifk.de/patienteninformation/therapien/361/bobath-therapie-kinder.

2. **Czajkowska M, Fonfara A, Krolak-Olejnik B, Michnikowski M, Golczewski T.** The impact of early therapeutic intervention on the central pattern generator in premature newborns - a preliminary study and literature review. Dev Period Med 2019;23(3):178-183.

3. **Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM).** Schlaganfall; S3-Leitlinie, Anhang [online]. AWMF-Registernummer 053-011. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2020. [Zugriff: 29.07.2025]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/053_D_Ges_fuer_Allgemeinmedizin_und_Familienmedizin/053-011a1_S3_Schlaganfall_2025-03-abgelaufen.pdf.

4. **Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM).** Schlaganfall; S3-Leitlinie, Langfassung, Version 3.3 [online]. AWMF-Registernummer 053-011. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2020. [Zugriff: 29.07.2025]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/053-011l_S3_Schlaganfall_2025-03-abgelaufen.pdf.

5. **Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN), Deutsche Gesellschaft für Neurorehabilitation (DGNR).** Rehabilitation von sensomotorischen Störungen; S2k-Leitlinie, Langfassung [online]. AWMF-Registernummer 030-123. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2023. [Zugriff: 29.07.2025]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/030-123l_S2k_Rehabilitation-von-sensomotorischen-_Stoerungen_2023-05.pdf.

6. **Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN), Deutsche Gesellschaft für Neurorehabilitation (DGNR).** Rehabilitation von sensomotorischen Störungen; S2k-Leitlinie, Leitlinienreport [online]. AWMF-Registernummer 030-123. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2023. [Zugriff: 29.07.2025]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/030-123m_S2k_Rehabilitation-von-sensomotorischen-_Stoerungen_2023-05.pdf.

7. **Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN), Deutsche Gesellschaft für Neurorehabilitation (DGNR).** Therapie des spastischen Syndroms; S2k-Leitlinie, Langfassung, Version 6.1 [online]. AWMF-Registernummer 030-078. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften

(AWMF); 2024. [Zugriff: 29.07.2025]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/030-078l_S2k_Therapie_spastisches_Syndrom_2025-04.pdf.

8. **Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN), Deutsche Gesellschaft für Neurorehabilitation (DGNR).** Therapie des spastischen Syndroms; S2k-Leitlinie, Leitlinienreport, Version 6.1 [online]. AWMF-Registernummer 030-078. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2024. [Zugriff: 29.07.2025]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/030-078m_S2k_Therapie_spastisches_Syndrom_2025-04.pdf.

9. **Deutsche Gesellschaft für Neurorehabilitation (DGNR).** Neurologische Rehabilitation bei Koma und schwerer Bewusstseinsstörung im Erwachsenenalter; S3-Leitlinie, Langfassung [online]. AWMF-Registernummer 080-006. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2022. [Zugriff: 29.07.2025]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/080-006l_S3_Neurologische-Rehabilitation-bei-Koma-und-schwerer-Bewusstseinsstoerung-im-Erwachsenenalter_2025-03-verlaengert.pdf.

10. **Deutsche Gesellschaft für Neurorehabilitation (DGNR).** Rehabilitative Therapie bei Armparese nach Schlaganfall; S3-Leitlinie, Langfassung [online]. AWMF-Registernummer 080-003. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2020. [Zugriff: 29.07.2025]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/080-001l_S3_Rehabilitative_Therapie_bei_Armparese_nach_Schlaganfall_2025-04-abgelaufen.pdf.

11. **Deutsche Gesellschaft für Neurorehabilitation (DGNR).** TheMoS: Leitlinie zur Therapie der Mobilität nach Schlaganfall; S3-Leitlinie, Anmeldung [online]. AWMF-Registernummer 080-004. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2024. [Zugriff: 29.07.2025]. URL: https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/080-004#anmeldung.

12. **Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ).** Diagnostik und Therapie der unilateralen spastischen Zerebralparese / LL-uCP; S3-Leitlinie, Anmeldung [online]. AWMF-Registernummer: 071-014. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2025. [Zugriff: 16.06.2025]. URL: https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/071-014.

13. **Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ).** Diagnostik und Therapie der unilateralen spastischen Zerebralparese / LL-uCP; S3-Leitlinie; Anhang konservativer Teil [unveröffentlicht]. 2025.

14. **Deutschsprachige Medizinische Gesellschaft für Paraplegiologie (DMGP).** Rehabilitation der unteren Extremität, der Steh- und Gehfunktion bei Menschen mit

Querschnittlähmung; S2e-Leitlinie, Langfassung, Version 2.0 [online]. AWMF-Registernummer: 179–009. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2024. [Zugriff: 16.06.2025]. URL: https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/179-009.

15. **Dohle C, Tholen R, Wittenberg H, Saal S, Quintern J, Stephan KM.** S2e-Leitlinie: Rehabilitation der Mobilität nach Schlaganfall (ReMoS). Neurol Rehabil 2015;21(7):355-494.

16. **Dorsch S, Carling C, Cao Z, Fanayan E, Graham PL, McCluskey A, et al.** Bobath therapy is inferior to task-specific training and not superior to other interventions in improving arm activity and arm strength outcomes after stroke: a systematic review. J Physiother 2023;69(1):15-22.

17. **DRK-Kinderklinik Siegen.** Messung der automatischen Steuerung der Rumpfhaltung bei Kindern mit Cerebralparese unter Anwendung von Inertialmesssensorik zur Quantifizierung der Ergebnisse einer physiotherapeutischen Intervention: Pilotstudie [online]. DRKS00026667. In: Deutsches Register Klinischer Studien (DRKS). Letzte Aktualisierung in DRKS: 18.11.2024. [Zugriff: 29.07.2025]. URL: https://drks.de/search/de/trial/DRKS00026667.

18. **Epple C M-BB, Steiner T.** Physiotherapie bei akutem Schlaganfall. Mitgliederzeitschrift der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) 2015(7):70–77.

19. **Epple C, Maurer-Burkhard B, Lichti MC, Steiner T.** Vojta therapy improves postural control in very early stroke rehabilitation: a randomised controlled pilot trial. Neurol Res Pract 2020;2:23.

20. **Frommelt P, Thöne-Otto A, Grötzbach H.** NeuroRehabilitation. Ein Praxisbuch für interdisziplinäre Teams, 4. Aufl. Heidelberg: Springer; 2024.

21. **Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA).** Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses, zuletzt geändert am 17. Oktober 2024 [online]. Berlin (GER): G-BA; 2025. [Zugriff: 24.07.2025]. URL: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3830/VerfO_2024-10-17_iK_2025-05-29.pdf.

22. **Grafmüller-Hell C, Klemme B.** Curriculum: Weiterbildungslehrgang Bobath-Grundkurs zur Behandlung von Säuglingen, Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Entwicklungs- und Bewegungsstörungen [online]. Bremen (GER): Gemeinsame Konferenz der deutschen Bobath-Kurse (GKB); 2023. [Zugriff: 16.06.2025]. URL: https://www.bobath-zukunft.de/wp-content/uploads/2025/04/Bobath-Curriculum-2023-eBook.pdf.

23. **Ha SY, Sung YH.** Effects of Vojta approach on diaphragm movement in children with spastic cerebral palsy. J Exerc Rehabil 2018;14(6):1005-1009.

24. **Ha SY, Sung YH.** Stimulus zones of Vojta method and trunk control in children with spastic-type cerebral palsy: a quasi-experimental pilot study. J Bodyw Mov Ther 2024;38:150-154.

25. **Ha SY, Sung YH.** Vojta approach affects neck stability and static balance in sitting position of children with hypotonia. Int Neurourol J 2021;25(Suppl 2):S90-95.

26. **Ha SY, Sung YH.** Vojta therapy affects trunk control and postural sway in children with central hypotonia: a randomized controlled trial. Children (Basel) 2022;9(10):1470.

27. **Hadders-Algra M.** Challenges and limitations in early intervention. Dev Med Child Neurol 2011;53(Suppl 4):52-55.

28. **Hadders-Algra M.** Early human motor development: from variation to the ability to vary and adapt. Neurosci Biobehav Rev 2018;90:411-427.

29. **Hohendahl L, Hohendahl J, Lemhöfer C, Best N.** The effect of pediatric physiotherapy on positional plagiocephaly: a retrospective trial. Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin 2022;33(6):344-351.

30. **Igual Blasco A, Pinero Penalver J, Fernandez-Rego FJ, Torro-Ferrero G, Perez-Lopez J.** Effects of chest physiotherapy in preterm infants with respiratory distress syndrome: a systematic review. Healthcare (Basel) 2023;11(8):1091.

31. **Imamura S, Sakuma K, Takahashi T.** Follow-up study of children with cerebral coordination disturbance (CCD, Vojta). Brain Dev 1983;5(3):311-314.

32. **Jung MW, Landenberger M, Jung T, Lindenthal T, Philippi H.** Vojta therapy and neurodevelopmental treatment in children with infantile postural asymmetry: a randomised controlled trial. J Phys Ther Sci 2017;29(2):301-306.

33. **Karch D, Boltshausen E, Göhlich-Ratmann G, Gross-Selbeck G, Pietz J, Schlack H.** Physiotherapie auf neurophysiologischer Grundlage nach Bobath und Vojta bei Kindern mit zerebralen Bewegungsstörungen (unter besonderer Berücksichtigung von infantilen Zerebralparesen). Stellungnahme der Gesellschaft für Neuropädiatrie und der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin. In: Steinlin M, Kaufmann M, Führer F, Strozzi S (Eds). Aktuelle Neuropädiatrie. Nürnberg: Novartis; 2005. S. 417-433.

34. **Kollen BJ, Lennon S, Lyons B, Wheatley-Smith L, Scheper M, Buurke JH, et al.** The effectiveness of the Bobath concept in stroke rehabilitation: what is the evidence? Stroke 2009;40(4):e89-97.

35. **Mayston M.** Bobath concept: Bobath@50: mid-life crisis--what of the future? Physiother Res Int 2008;13(3):131-136.

36. **Mayston MJ, Saloojee GM, Foley SE.** The Bobath clinical reasoning framework: a systems science approach to the complexity of neurodevelopmental conditions, including cerebral palsy. Dev Med Child Neurol 2024;66(5):564-572.

37. **Menendez-Pardinas M, Alonso-Bidegain M, Santonja-Medina F, Sanchez-Gonzalez JL, Sanz-Mengibar JM.** Effects of Vojta therapy on the motor function of children with neuromotor disorders: study protocol for a randomized controlled trial. J Clin Med 2023;12(23):7373.

38. **Morgan C, Fetters L, Adde L, Badawi N, Bancale A, Boyd RN, et al.** Early intervention for children aged 0 to 2 years with or at high risk of cerebral palsy: international clinical practice guideline based on systematic reviews. JAMA Pediatr 2021;175(8):846-858.

39. **Novak I, Morgan C, Fahey M, Finch-Edmondson M, Galea C, Hines A, et al.** State of the evidence traffic lights 2019: systematic review of interventions for preventing and treating children with cerebral palsy. Curr Neurol Neurosci Rep 2020;20(2):3.

40. **Perales Lopez L, Palmero NV, Ruano LG, San Leon Pascual C, Orile PW, Down AV, et al.** The implementation of a reflex locomotion program according to Vojta produces short-term automatic postural control changes in patients with multiple sclerosis. J Bodyw Mov Ther 2021;26:401-405.

41. **Rosenbaum P, Gorter JW.** The 'F-words' in childhood disability: I swear this is how we should think! Child Care Health Dev 2012;38(4):457-63.

42. **Rosenbaum P, Rosenbloom L.** Therapists and therapies in cerebral palsy. Cerebral palsy: from diagnosis to adult life. London: Mac Keith Press; 2012. S. 124-148.

43. **Sadowska L.** Ocena disgnostyki i stymulacji metoda Vojta dzieci zaburzeniamirozwoju psychomotorycznego. In: Sadowska L (Ed). Neurokinezjologiczna diagnostyka i terapia dzieci z zaburzeniami rozwoju psychoruchowego. Wroclaw: Wydawnitstwo AWF; 2000. S. 243-293. (Studia i monoigrafia; Band 58).

44. **Sanchez-Gonzalez JL, Sanz-Esteban I, Menendez-Pardinas M, Navarro-Lopez V, Sanz-Mengibar JM.** Critical review of the evidence for Vojta therapy: a systematic review and meta-analysis. Front Neurol 2024;15:1391448.

45. **Sanz-Mengibar JM, Menendez-Pardinas M, Santonja-Medina F.** [Is the implementation of Vojta therapy associated with faster gross motor development in children with cerebral palsy?]. Ideggyogy Sz 2021;74(9-10):329-336.

46. **Schellhammer S.** Vojta Konzept. In: Ebelt-Paprotny G, Preis R (Eds). Leitfaden Physiotherapie, 6. Aufl. München: Urban & Fischer; 2012. S. 274-281.

47. **Schlack H-G.** Welche Behandlung nützt behinderten Kindern? Mainz: Kirchheim 1998.

48. **Schlack H.** Seelische Gesundheit und Entwicklung behinderter Kinder. Kinderärztliche Praxis 2015;86(6):370-375.

49. **Scrivener K, Dorsch S, McCluskey A, Schurr K, Graham PL, Cao Z, et al.** Bobath therapy is inferior to task-specific training and not superior to other interventions in improving lower limb activities after stroke: a systematic review. J Physiother 2020;66(4):225-235.

50. **Sung YH, Ha SY.** The Vojta approach changes thicknesses of abdominal muscles and gait in children with spastic cerebral palsy: a randomized controlled trial, pilot study. Technol Health Care 2020;28(3):293-301.

51. **Trafalska A, Paprocka-Borowicz M.** The role of the Vojta method in diagnosing and enhancing motor skills in preterm infants: a prospective open-label controlled study. Med Sci Monit 2025;31:e945495.

52. **Verein der Bobath InstruktorInnen IBITA Deutschland und Österreich (VeBID).** Curriculares VeBID Manual für den IBITA anerkannten Bobath-Grundkurs: Befundaufnahme und Behandlung von Erwachsenen mit neurologischen Erkrankungen [online]. Kiel (GER): VeBID; 2022. [Zugriff: 16.06.2025]. URL: https://www.vebid.de/media/curriculum/html5.html#/4.

53. **Viebrock H, Forst B (Eds.)** Bobath. Stuttgart: Thieme; 2008.

54. **Vlckova B, Halamka J, Müller M, Sanz-Mengibar JM, Safarova M.** Can clinical assessment of postural control explain locomotive body function, mobility, self-care and participation in children with cerebral palsy? Healthcare (Basel) 2024;12(1):98.

55. **Wójtowicz D, Roshko J, Ptak A, Dębiec-Bąk A, Skrzek A.** The efficiency of rehabilitation for self-service eating in institutionalized children aged 2–6 years with mental and motor retardation. Physiotherapy Quarterly 2017;25(2):10-16.

56. **Zalpour C.** Springer Lexikon Physiotherapie. Berlin: Springer; 2010

57. **Ziegler M, Wollwerth de Chuquisengo R, Mall V, Licata-Dandel M.** Frühkindliche psychische Störungen: Exzessives Schreien, Schlaf- und Fütterstörungen sowie Interventionen am Beispiel des "Münchner Modells". Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2023;66(7):752-760.

Anhang: Originalantworten auf Frage 7

Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)

7.1

Hierzu können wir mangels Expertise in der Behandlung von Säuglingen und Kindern keine Stellungnahme abgeben und verweisen auf die neuropädiatrischen und pädiatrischen Kollegen

7.2

Unser fachlichen Ansicht nach gibt es keine vergleichbare physiotherapeutische Behandlungsalternative zur Vojta-Therapie bei Erkrankungen des zentralen Nervensystems. Dies liegt insbesondere an dem ganz anders gelagerten therapeutischen Ansatz der Vojta-Therapie im Vergleich zu anderen Therapien.

Wir fokussieren uns im Folgenden auf den Schlaganfall als Beispiel einer ZNS-Erkrankung. Zweifelsohne können viele physiotherapeutische Behandlung die zentralnervösen Reorganisationsprozesse nach einem zerebrovaskulären Insult wirksam fördern. Die moderne Rehabilitation nach einem Schlaganfall geht von einem ganzheitlichen Therapieansatz aus und beschränkt sich meist nicht auf einzelne Techniken. Welche Therapieansätze am effektivsten sind, oder wie lange und wie intensiv diese durchgeführt werden sollen, ist noch unklar. In der westlichen Welt ist das Bobath-Konzept das am meisten angewandte Therapieverfahren, obwohl sich in Studien wiederholt keine Überlegenheit (teilweise sogar eine Unterlegenheit, bezüglich der motorischen Funktionsverbesserung) im Vergleich zu anderen physiotherapeutischen Verfahren, wie beispielsweise der CIMT (Constraint Induced Movement Therapy), zeigte (Kollen BJ et al., 2009). Viele der Therapieverfahren auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath und propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation) beruhen auf dem Prinzip der Repetition (Lernen durch Wiederholung). Modernere Therapieverfahren nutzen eine funktionelle Verbesserung durch kompensatorische Bewegungsstrategien, bei denen die Patienten lernen, mit ihren Defiziten umzugehen (Epple C et al., 2015). Die Vojta-Therapie beschreitet einen anderen Weg, nämlich den der Reflexlokomotion. In der Vojta-Therapie bei Schlaganfallpatienten richtet sich das therapeutische Bemühen nicht auf das (Wieder-) Einüben verlorener motorischer Funktionen. Es zielt vielmehr darauf ab, den durch das Schlaganfallereignis gestörten Zugang zu globalen (angeborenen) Bewegungsmustern herzustellen und zu konsolidieren. Die Therapie lässt sich jedoch sehr gut mit andern Therapieverfahren kombinieren.

Kollen BJ, Lennon S, Lyons B et al.: The effectiveness of the Bobath concept in stroke rehabilitation: what is the evidence? Stroke 2009;40:e89–97 [34]

Epple C, Mauer-Burkhard B, Steiner T: Physiotherapie bei akutem Schlaganfall. DIVI 2015;7:70–77. DOI 10.3238/DIVI.2015.0070–0077 [18]

Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten – IFK e.V.

Aus fachlicher Sicht gibt es folgende physiotherapeutische Behandlungsalternativen zur Therapie nach Vojta bei Erkrankungen des zentralen Nervensystems:

7.1

Bobath-Konzept

Therapiekonzept zur Behandlung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit angeborenen und/oder erworbenen Störungen des Zentralnervensystems, z. B. sensomotorischen Auffälligkeiten, kognitiven Beeinträchtigungen, und anderen neurologischen Erkrankungen wie Schlaganfall, Multiple Sklerose, M. Parkinson. Das Bobath-Konzept beinhaltet einen neurophysiologisch begründeten, interdisziplinär anwendbaren Ansatz in der Befunderhebung, im therapeutischen Prozess und bei der Hilfe zur Bewältigung des Alltages. Menschen, deren Fähigkeit zur Teilhabe am täglichen Leben durch eine neurologische Störung oder Entwicklungsstörung eingeschränkt ist, werden in ihrer gesamten Persönlichkeit erfasst und in den ihnen möglichen eigenen Aktivitäten begleitet, gefördert und gefordert. Dabei werden motorische, sensorische, perzeptive, kognitive, kommunikative, emotionale und soziale Funktionen und ihre Wirkungen berücksichtigt und therapeutisch einbezogen. Die Besonderheiten des Bobath-Konzeptes im Umgang mit dem Patienten lassen sich in folgenden Merkmalen zusammenfassen:

- Die Therapie orientiert sich an den Ressourcen des Patienten. Je nach Störungsbild kann dies durch Motivation und Förderung eigenständigen Handelns in der Interaktion zwischen Patient und Therapeut unterstützt werden.
- Die individuelle Therapiegestaltung wird zwischen Ärzten, Therapeuten und den Bezugspersonen vereinbart.
- Im therapeutischen Vorgehen entwickelt sich zwischen Patient und Therapeut ein dialogischer Prozess, dabei muss die Lebenswelt des Betroffenen einbezogen werden.
- Physiotherapeut, Ergotherapeut und Logopäde setzen spezifische Techniken und Hilfen ein, die dem Patienten eigenständige und variable Problemlösungen für seine Handlungsziele ermöglichen und sich günstig auf die Qualität von Haltung und Bewegung auswirken.
- Die Basis für eine vorausschauende Planung fachspezifischer Ziele im interdisziplinären Team bilden gute Fachkenntnisse über die neurophysiologischen und neuropathologischen Grundlagen und über den Verlauf der verschiedenen Erscheinungsformen von Entwicklungsstörungen und von erworbenen Hirnläsionen.
- Neue wissenschaftliche Erkenntnisse werden aktuell in die Therapie des Patienten einbezogen.

Therapieprinzipien

Die übergeordnete Leitidee der Therapie ist es, optimale Bedingungen für die Entfaltung der sensomotorischen Kompetenz der betroffenen Person zu schaffen, wobei geistige, soziale und emotionale Bereiche berücksichtigt werden. So wird versucht, günstige Voraussetzungen für sensomotorisches Lernen herzustellen. Eine wesentliche Aufgabe besteht darin, die zentrale Wachheit und Aufmerksamkeit der Betroffenen wieder zu aktivieren; dazu können z. B. somatosensorische und vestibuläre Anregungen (z. B. Berühren und Bewegen), aber auch Anregungen im auditiven und visuellen Bereich sowie im Geruchs- und Geschmacksbereich gezielt ausgesucht und angeboten werden. Allerdings kann nur durch eigenes Ausprobieren und variationsreiches Wiederholen im entsprechenden sinnvollen Kontext (Alltagssituationen) ein Prozess des handlungsorientierten und funktionellen Lernens entstehen. Handlungskompetenz kann sich nur entwickeln, wenn der betroffene Mensch Ziele verwirklichen kann, die für ihn selbst bedeutsam sind. Im Unterschied zu anderen Therapiekonzepten gibt es im Bobath-Konzept keine standardisierten Übungen; im Vordergrund stehen individuelle und alltagsbezogene therapeutische Aktivitäten, d. h. in Bereichen wie Kommunikation, Nahrungsaufnahme, Körperpflege, An- und Auskleiden, Fortbewegung, Spiel und Beschäftigung – z. B. zu Hause, im Kindergarten, in der Schule, im Beruf oder in der Freizeit. Die Aufgabe der TherapeutInnen besteht darin, die spezifischen Erfordernisse – möglichst gemeinsam mit dem betroffenen Menschen und den betreuenden Personen – herauszufinden. Daraus ergibt sich zum einen die Vermittlung spezifischer „Handlungsanleitungen“ für die betreuenden Personen (Familienmitglieder, Begleitpersonen, Pflegepersonal, LehrerInnen und ErzieherInnen), zum anderen die Anpassung des Umfeldes (Lagerungs-, Sitz-, Steh- und Fortbewegungshilfen und die Adaptierung von Gebrauchsgegenständen) an die individuellen Bedürfnisse des Patienten. Alle Maßnahmen dienen zudem dazu, körperliche Sekundärschäden wie Kontrakturen, Luxationen und Deformitäten zu verhindern, aber auch Folgen im emotionalen und sozialen Bereich zu beeinflussen. In der Bobath-Therapie werden Alter, Beeinträchtigung und Schädigungsform des betroffenen Kindes, Jugendlichen oder Erwachsenen individuell berücksichtigt.

Therapieziele

Ziel der Therapie ist die Differenzierung funktioneller Fähigkeiten und die Erweiterung der Handlungskompetenz und der größtmöglichen Selbstständigkeit im Lebensumfeld. Bei Menschen mit schwersten Behinderungen kann dies, neben der Sicherung der Vitalfunktionen, ihre Mithilfe bei den pflegerischen Maßnahmen bedeuten oder zumindest das Akzeptieren dieser Maßnahmen. Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit in der medizinischen und therapeutischen Betreuung ist damit unverzichtbar; sie dient der Koordinierung in den verschiedenen beteiligten Fachbereichen.

Indikationen

Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit angeborener Hirnschädigung oder Entwicklungsstörung: Schon ab dem Säuglingsalter wird der betroffene Mensch in seiner Gesamtentwicklung gesehen und gefördert. Die Familienangehörigen werden intensiv eingebunden. Der aktuelle Stand von Forschung und Wissenschaft, v. a. bezüglich der Aspekte der sensomotorischen Entwicklung sowie neurophysiologischer und biomechanischer Grundlagen

der Bewegungskontrolle wird kontinuierlich verfolgt und in das therapeutische Konzept eingebunden. Folgende Ziele können für den medizinisch-therapeutischen Bereich beispielhaft formuliert werden:
In der Physiotherapie liegen die Schwerpunkte in der Optimierung und Differenzierung der Bewegungsentwicklung und -erfahrung und des Bewegungsverhaltens. Bei der Entwicklung eigener Bewegungsstrategien im therapeutischen Prozess werden v. a. die individuellen biomechanischen Gegebenheiten, Interaktion und Kommunikation mit dem sozialen Umfeld des Kindes, des Jugendlichen oder des Erwachsenen berücksichtigt; so wird sensomotorisches Lernen ermöglicht.
Erwachsene mit erworbener Hirnschädigung:
Zum frühestmöglichen Zeitpunkt nach dem Ereignis (Unfall o. ä.) bzw. der Feststellung der Hirnschädigung beginnt die medizinisch-therapeutische Rehabilitation.
Die Physiotherapie hat das Ziel, dass die Betroffenen wieder einen Zugang zu den Bewegungsmustern finden, die ihnen größtmögliche Unabhängigkeit erlauben. Ein wichtiger Aspekt ist dabei die Verbesserung des Gleichgewichts als Basis für normale selektive Haltung und Bewegung. Das Gleichgewicht bildet den Haltungshintergrund für die jeweilige Aktivität und ermöglicht so einen qualitativen und quantitativen Zuwachs im Bewegungs- und Funktionsrepertoire. Aspekte, die die Bewegung beeinflussen, z. B. biomechanische Gegebenheiten oder psychodynamische Prozesse, werden berücksichtigt und in die Behandlung einbezogen. Aufgabe des Therapeuten ist es, dem Betroffenen von Anfang an durch gezielte Aktivitäten sensomotorisches Lernen zu ermöglichen. Er sollte zunehmend aktiver und ökonomischer die für ihn notwendigen Handlungen durchführen können und eigene Problemlösungsstrategien auf seinen individuellen Lebenskontext bezogen finden und verfolgen.
(Quelle: Zalpour C. (2010). Springer Lexikon Physiotherapie. 1. Auflage 2010 Springer-Verlag Berlin Heidelberg, S. 180 ff.) [56]

PNF-Konzept:

Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation. In den 1940er und 1950er Jahren von Dr. H Kabat und M Knott entwickeltes neurophysiologisches Behandlungskonzept. Dabei werden mittels Propriozeptoren und Exterozeptoren über das Zusammenspiel zwischen Nerven und Muskeln Reize gesetzt, um funktionelle Aktivitäten anzubahnen, zu fazilitieren.
Die Grundlagen bilden die Grundprinzipien, die Philosophie und die Techniken des PNF-Konzeptes.
(Quelle: Zalpour C. (2010). Springer Lexikon Physiotherapie. 1. Auflage 2010 Springer-Verlag Berlin Heidelberg, S. 1025) [56]

7.2

Anwort zu 7.2 findet sich in 7.1: Erwachsene mit erworbener Hirnschädigung

DMGP

7.1

Keine relevante Patientengruppe in der umfassenden Behandlung Querschnittgelähmter an Querschnittgelähmtenzentren, deshalb kann diesbezüglich keine Aussage getroffen werden.

7.2

Ja. Bei Querschnittlähmung etablierte und konsentierte physiotherapeutische Verfahren (hauptsächlich basierend auf Kraft- uns Ausdauertraining und Prinzipien des motorischen Lernens) sind in der AWMF-Leitlinie (179-009: **Rehabilitation der unteren Extremität, der Steh- und Gehfunktion bei Menschen mit Querschnittlähmung)** der DMGP aufgeführt**.** [14]

Bobath Zukunft! e. V.

7.1

Alle Therapien, die für kindliche Entwicklung und motorischem Lernen die Prinzipien von Eigenaktivität / Intentionalität von Bewegungen, die Motivation und emotionale Färbung der Förderangebote sowie die Bindung zu Hauptbezugspersonen als größten Schutzfaktor kindlicher Entwicklung berücksichtigen. (siehe Ausführungen unter 2.1)
Zitat Schlack 2015: „Jede therapeutische Intervention muss sich daran messen lassen, ob sie die Eigenaktivität des Kindes unterstützt oder aber blockiert. Konkret kann das z. B. bedeuten: ein Kind beim Spiel zu beobachten,

anstatt ihm ständig Vorgaben zu machen; dabei seine Aktivität aufmunternd zu kommentieren und durch körperliche Nähe dem Kind das Gefühl von Sicherheit und Teilnahme zu geben, ohne es aber reglementierend einzuschränken."
Zitat Schlack 2015: „Funktionelle Übungsbehandlungen ("Heilmittel") haben weiterhin ihren Stellenwert, im Mittelpunkt steht aber die Hilfe für die emotionale Stabilität der Familie. Eine solche Einstellung muss Bestandteil jeder funktionellen Übungsbehandlung und nicht nur eines ärztlichen oder psychologischen Beratungsgesprächs sein."
Im Rahmen der Bobath-Grundkurse zur Behandlung von Säuglingen, Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Entwicklungs- und Bewegungsstörungen werden die für die Behandlung von Kindern notwendigen unterschiedlichen Wissensbestände, sowie das methodische Vorgehen in Diagnostik und Therapie vermittelt (siehe Frage 11).
Die Orientierung an den Dimensionen der ICF mit der Betonung der Berücksichtigung des Alltags des Kindes und seiner Familie sowie der Ausrichtung an der Möglichkeit zur Partizipation ist seit der Veröffentlichung der ICF durch die WHO gängige Praxis. Zunehmend werden vor dem Hintergrund entsprechende Diagnostikinstrumente, Assessments und Leitlinien entwickelt und veröffentlicht, die die Aktualisierung der Bobath-Therapie befördern.

Schlack H.G. (2015). Seelische Gesundheit und Entwicklung behinderter Kinder. In: Kinderärztliche Praxis, 2015; 86 (6) Seite 370-375 [48]
Rosenbaum P., Rosenbloom L. (2012). Cerebral palsy. From diagnosis to adult life. London: Mac Keith Press. (with Mayston M. Chapter 12. Therapists and therapies in cerebral palsy. S.124-148). [42]
Rosenbaum P., Gorter J. W. (2011). The ‚F-words' in childhood disability: I swear this is how we should think! Child: Care, Health and Development 38 (4), S. 457—463. [41]
Morgan C. et al. (2021). Early Intervention for Children Aged 0 to 2 Years with or at high risk of cerebral palsy International Clinical Practice Guideline Based on Systematic Reviews. JAMA Pediatrics. DOI: 10.1001/jamapediatrics.2021.0878 [38]
Hadders-Algra M. (2011). Challenges and limitations in early intervention. In: Developmental Medicine & Child Neurology, 53 (Suppl. 4): 52–55. DOI:10.1111/j.1469-8749.2011.04064.x [27]

7.2

Für die Therapie von Erwachsenen ohne Entwicklungs- und Bewegungsstörungen liegen uns keine Kenntnisse vor

VIFF-BV

Diese Fragen wurden zusammen beantwortet

Es gibt keine vergleichbare Therapie, die auf eine reflektorische sensomotorische Reaktion hervorruft.

VIFF-Sachsen Lebenshilfe Dresden

Diese Fragen wurden zusammen beantwortet

Um die Abrufbarkeit der angeborenen Bewegungsmuster zu nutzen-nein. Behandlungalternativen beinhalten ander Herangehensweisen(z.B. Bobath,PNF…)

DGOU

7.1

Bobath, manuelle Therapie, klassische Krankengymnastik bei kognitiv kooperierenden Patienten

7.2

siehe unter 7.1.

Physio-Deutschland

7.1

In Deutschland haben sich in der Physiotherapie die Konzepte Bobath und Vojta erfolgreich etabliert. In der Frühtherapie, in der keine verbale Kommunikation möglich ist, d.h. es können z.B. keine Aufträge gegeben werden, gibt es hierfür keine gängigen Alternativen.
Bei älteren Kindern können je nach Diagnose und Therapieziel auch weitere Interventionen auf neurophysiologischer Basis zum Einsatz kommen.
Bei der Vojta Therapie werden im Gegensatz zu Bobath keine Funktionen wie Greifen, Drehen, Gehen geübt, sondern über die Aktivierung ein Zugriff auf das ZNS und somit auf die zuständigen Teilmuster für Haltung und Bewegung initiiert.
Es werden also erst die Voraussetzungen geschaffen um bestimmte Dinge zu realisieren
Bei manchen Patienten/Diagnosen erscheint dieses Vorgehen zielführender.

7.2

Siehe oben.
Bei Patienten, die aufgrund ihrer Erkrankung wenig Funktionen realisieren können, bietet die Vojta Therapie eine gute Möglichkeit, vom Patienten nicht abrufbare Muster, zu aktivieren

DGPTW

Ja, evidenzbasierte Alternativen sind zahlreich vorhanden. Die Evidenzlage scheint be Erwachsenen umfassender zu sein

7.1

In der Regel ist eine Kombination von physiotherapeutischen Techniken sinnvoll. Diese sollte an das Kind, die Familie, die Einschränkung, die Tagesform und das aktuelle Behandlungsziel angepasst werden.
Sinnvolle Ergänzungen sind Bobath, Ganzkörper-Vibrationstherapie, Krafttraining, Mobilisationstechniken, Gangschulung, Atemtherapie, etc. Demnächst ist die AWMF-Leitlinie Diagnostik und Therapie der unilateralen spastischen Zerebralparese / LL-uCP (Registernummer: 071-014)[12,13] zu erwarten, die evidenzbasierte Ansätze bei einer relevanten Indikation bewerten dürfte.

7.2

Die in den einschlägigen Leitlinien genannten Interventionen von z.B. „Rehabilitation sensomotorischer Störungen“ (Registernummer 030– 123) [5,6], Therapie des spastischen Syndroms (Registernummer: 030-078) [7], TheMoS: Leitlinie zur Therapie der Mobilität nach Schlaganfall, (Registernummer: 080-004) [11], Rehabilitative Therapie bei Armparese nach Schlaganfall (Registernummer: 080-001) [10]

Bobath-Vereinigung_Wissenschaftsbeirat

Allgemein ist nach aktuellem Wissen ein zielorientiertes, aufgabenspezifisches, alltagsorientiertes und interprofessionell ausgerichtetes Vorgehen für beide Gruppen anerkannter Standard.

7.1

Das Verständnis der Therapie von Säuglingen und Kindern mit Entwicklungs- und Bewegungsstörungen hat sich seit den 1950-1970er Jahren grundlegend verändert.
Zitat Stellungnahme der DGSPJ aus dem Jahr 2005 [33] „Aufgrund der neuen Erkenntnisse im Hinblick auf die motorische Steuerung bei zerebralen Bewegungsstörungen muss bezweifelt werden, dass eine vorwiegend auf Funktionsstörungen (impairment) ausgerichtete Therapie wirklich effektiv sein kann (Horak 1992, Mattiello und Woolacott 1997, Helders et al. 2003). Es spricht vieles dafür, dass eine Förderung und aufgabenorientierte Therapie, evtl. mit psychologischer und pädagogischer Unterstützung von Kind und Familie, die besseren Effekte bringt (Dunst et al. 1989, Schlack 1994, 2000 u. 2003, Helders et al. 2003). Die Therapieziele sollen sich an den Vorstellungen der WHO nach den Vorgaben des neuen Klassifikationssystems der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit ICF (WHO 2001, Gemeinsamer Bundesausschuss 2004) orientieren. Im Mittelpunkt stehen dabei der Erwerb von Fähigkeiten, die für den Alltag relevant sind, und die Förderung der Teilhabe am sozialen Leben.

Nach heutigem Wissen gelingt motorisches Lernen am besten bei wiederholtem, eigenmotiviertem Üben von sinnvollen Aufgaben, das für das Kind auch zu einer Verbesserung seiner Fertigkeiten und Fähigkeiten beitragen kann … Beim motorischen Lernen wächst der Lernerfolg mit der Einsicht in den Sinn einer Übung oder eines Lernstoffs (Brooks 1986); der Transfer in den Alltag ist somit begünstigt. Es wird angenommen, dass zum motorischen Lernprozess sowohl die Erstellung eines motorischen Schemas als auch eines motorischen Programms gehören und dass ein psychologischpädagogisch geschicktes Vorgehen während des Lernprozesses den Erfolg beeinflußt (Schmidt 1988)."

In dem Herausgeberband Schlack (Hrsg.) [47] Welche Behandlung nützt behinderten Kindern? Im Kirchheim Verlag hat Schlack schon 1998 diese paradigmatische Veränderung bes. im Kapitel „Grundkonzepte der Behandlung. Eine Orientierung in der Vielfalt der Methoden" beschrieben.

Aktuell sind Veröffentlichungen von Rosenbaum, Rosenbloom, Palisano, Gorter et al. [41] aus dem CanChild Institut international handlungsleitend.

Quelle u.a.:

Karch D., Boltshausen E., Göhlich-Ratmann G., Gross-Selbeck G., Pietz J., Schlack H. (2005). Physiotherapie auf neurophysiologischer Grundlage nach Bobath und Vojta bei Kindern mit zerebralen Bewegungsstörungen (unter besonderer Berücksichtigung von infantilen Zerebralparesen). Stellungnahme der Gesellschaft für Neuropädiatrie und der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin. [33] In: Steinlin M., Kaufmann M., Führer F., Strozzi S. (Hrsg.). Aktuelle Neuropädiatrie. Nürnberg: Novartis, S. 417-433.

Rosenbaum P., Gorter J. W. (2011). The ‚F-words' in childhood disability: I swear this is how we should think! Child: Care, Health and Development 38 (4), S. 457—463. [41]

Entsprechend besteht der Anspruch diese Grundprinzipien in der Therapie von Säuglingen und Kindern zu berücksichtigen. Es ist fraglich, ob die Vojta-Therapie dieses berücksichtigt.

7.2

In der Behandlung von Erwachsenen mit neurologischen Beeinträchtigungen hat sich ebenfalls die Grundannahme einer personenzentrierten, kontextsensiblen Rehabilitation etabliert mit für die Physiotherapie grundlegender Ausrichtung zielorientierter, aufgabenbezogener, am Alltag der Betroffenen orientierten therapeutischer Vorgehensweisen im interprofessionellen Rahmen. (siehe Frommelt et al. 2024). Hierzu liegen umfangreiche Wissensbestände vor, die in Leitlinien überführt wurden. Deutlich ist, wie komplex die Problemlage der einzelnen Person in seinem / ihrem Umfeld betrachtet und therapeutisch geplant werden muss. Es ist davon auszugehen, dass eine rein reflektorische motorisch-funktionelle Therapie, die den Alltagsbezug für die Betroffenen nicht herstellt, nicht adäquat ist.

Quellen u.a.:

Peter Frommelt • Angelika Thöne-Otto • Holger Grötzbach (Hrsg.). 2024. NeuroRehabilitation. Ein Praxisbuch für interdisziplinäre Teams. 4., vollst. überarb. Aufl. Springer-Verlag. https://doi.org/10.1007/978-3-662-66957-0 [20]

Nelles G., Platz T., Allert N., Brinkmann S., Dettmer C., Dohle C., Engel A., Eckhardt G., Elsner B., Fheodoroff K., Guggisberg A., Jahn K., Liepert J., Pucks-Faes E., Reichl S., Renner C., Steib S., Rehabilitation sensomotorischer Störungen, S2kLeitlinie, 2023, in: Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.), Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Online: www.dgn.org/leitlinien (abgerufen am 09.06.2025) [5]

Andreas Bender, Susanne Blödt, Ulf Bodechtel, Bernd Eifert, Bernhard Elsner, Berend Feddersen, Susanne Freivogel, Bernd Frittrang, Bernd Hoffmann, Birthe Hucke, Volker Huge, Margret HundGeorgiadis, Rüdiger Ilg, Qiumei Jiang-Siebert, Ralf J. Jox, Stefan Knecht, Petra Maurer-Karattup, Martina Lück, Silja Molle, Jens Nee, Armin Nentwig, Marcus Pohl, Eckhard Rickels, Ilona Rubi-Fessen, Christoph Stepan, Christian Storm, Thomas van de Weyer, Pia Wieteck & Friedemann Müller. S3-LL Neurologische Rehabilitation bei Koma und schwerer Bewusstseinsstörung im Erwachsenenalter. In: DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR NEUROREHABILITATION E.V. (DGNR) (Hrsgb.), Leitlinien für die Neurorehabilitation. 1. Auflage 2022 / 23.12.2022 [9]

DEGAM Leitlinie Schlaganfall 2020 z.Zt. in Überarbeitung [3,4]

S2e-Leitlinie Rehabilitation der Mobilität nach Schlaganfall (ReMoS) 2015 Re MoS Arbeitsgruppe: Ch. Dohle, R. Tholen, H. Wittenberg, S. Saal, J. Quintern, K. M. Stephan [15]

Bobath-Vereinigung_Therapeut

Fragen wurden zusammen beantwortet.

Um nicht den Verdacht der Befangenheit entstehen zu lassen, möchten wir als Bobath-Vereinigung e.V. uns hierzu nicht äußern.

VAKJP

Diese Frage wurde nicht beantwortet.

DGNR

7.1

Es gibt inzwischen an der Neurobiologie des motorischen Lernens orientierte Übungsverfahren für Säuglinge, Kleinkinder und Kinder mit neurologischen Erkrankungen mit hohen Evidenzgraden, die in der aktuellen wissenschaftlichen Literatur immer wieder angepasst werden (siehe z.B. Morgan et al. 2021; Novak et al. 2020)

Morgan C, Fetters L, Adde L, et al. Early Intervention for Children Aged 0 to 2 Years With or at High Risk of Cerebral Palsy: International Clinical Practice Guideline Based on Systematic Reviews. *JAMA Pediatr.* 2021;175(8):846–858. doi:10.1001/jamapediatrics.2021.0878 [38]

Novak, C Morgan, M Fahey, M Finch-Edmondson: State of the Evidence traffic lights 2019 : Systematic Review of Intervention for preventing and treating Children with Cerebral Palsy. Current Neurology and Neuroscience reports, 2020 https://doi.org/10.1007/s11910-020-1022z [39]

Heute steht eine breite Palette evidenzbasierter Therapieverfahren zur Verfügung. Diese können durch technologische Unterstützung effizienter und wirksamer gestaltet werden. Dazu gehören zum Beispiel Therapieroboter aber auch neuromodulatorische Techniken wie nicht invasive periphere und zerebrale Stimulationstechniken und Verfahren unter Nutzung virtueller oder augmentierter Realität. Viele dieser therapeutischen Techniken sind auch für Angehörige erlern-und umsetzbar - besonders wenn sie simplen Regeln des motorischen Lernens folgen. Dazu gehört z.B. die Notwendigkeit von häufigen Bewegung (Repetition), eine Orientierung an klaren Zielsetzungen (übe gehen, wenn du gehen lernen willst) und die Bedeutung von Rückkopplung (Knowledge of Results und Feedback). Diese wesentlichen Elemente werden bei klassischen an reflexpsychologischen Modellen orientierten Ansätzen wie Vojta und PNF nicht berücksichtigt.

7.2

Auch in der neurorehabilitiativen Therapie von Erwachsenen gelten die unter 7.1. ausgeführten Grundsätze. Hier gibt es mittlerweile eine hohe Anzahl an hochgradig im Rahmen von großen randomisierten klinischen Studien bis hin zu Meta-Analysen auf Cochrane-Niveau evidenzbasierten Therapieverfahren, die z.B. im Rahmen des Leitlinienprogramms der DGNR regelmäßig evaluiert und bewertet werden. Ihr Einsatz richtet sich nach dem individuell zu vereinbarenden Zielsymptom und jeweiligem Pathomechanismus der Erkrankung. Die einzelnen Verfahren lassen sich jedoch keinem der unter „KG-ZNS“ definierten Behandlungskonzepte zuordnen.

Platz, T., Fheodoroff, K., Mehrholz, J., Nyffeler, T., Roschka, S., Schupp, W., Thieme, H., Engel, A., 2020. S3-Leitlinie „Rehabilitative Therapie bei Armparese nach Schlaganfall“ (No. AWMF-Register Nr. 080 003). Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). [10]

ReMoS Arbeitsgruppe, Dohle, C., Tholen, R., Wittenberg, H., Quintern, J., Saal, S., Stephan, K.M., 2015. Rehabilitation der Mobilität nach Schlaganfall (ReMoS). Neurol Rehabil 21, 355–494. (wir derzeit aktualisiert: https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/themos.580) [15]

Nelles, G., Platz, T., Brinkmann, S., Dettmers, C., Dohle, C., Eckhardt, G., Elsner, B., Fheodoroff, K., Guggisberg, A., Jahn, K., Liepert, J., Reichl, S., Renner, C., Steib, S., Engel, A., Allert, N., Pucks-Faes, E., 2023. Rehabilitation sensomotorischer Störungen, S2k-Leitlinie, in: Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. [5]

GNP

7.1

Ja, die modernen Wirkprinzipien (s.o., Einleitung) verpflichtete Physiotherapie

7.2
als GNP keine Aussage

DGSPJ

7.1
Grundsätzlich ja, auch wenn abhängig von der Indikation. Für die unilaterale spastische Zerebralparese sind neben Bobath und Petö u.a. folgende Verfahren zu nennen: COPCA, HIT, CIMT, mCIMT, GOT, Home based Training (s. LL USCP in der Anlage [12,13]). Zu betonen ist, dass die Evidenzlage für einige dieser Verfahren sehr gut ist. Auch ist eine Reihe dieser Verfahren im Säuglingsalter anwendbar. Ein Teil dieser Verfahren wurde für andere Indikationen entwickelt bzw. an diesen evaluiert (vorbehaltlich der noch nicht erfolgten Überprüfung durch eine Leitliniengruppe, ist die Evidenz z.B. bei bilateraler spastischer Zerebralparese deutlich besser (z.B. bei COPCA)).
COPTA: COPing with and CAring for Infakts with Special Needs
HIT: Handintensivtraining
mCIMT: modified Constraint induced movement therapy
GOT: Goal orientet training

7.2
Die Alternativen aus der oben aufgeführten LL gelten auch für das Erwachsenenalter. Bez. weiterer Ausführungen verweisen wir auf die Stellungnahme der Fachgesellschaften der Erwachsenenmedizin.

VPT

Fragen wurden zusammen beantwortet.

Laut Heilmittelkatalog sind zur Behandlung von Erkrankungen des zentralen Nervensystems bei Kindern und Jugendlichen ebenso berechtigt:

- Therapeut*innen mit Weiterbildung im Bobath-Konzept

Laut Heilmittelkatalog sind zur Behandlung von Erkrankungen des zentralen Nervensystems bei Erwachsenen ebenso berechtigt:

- Therapeut*innen mit Weiterbildung im Bobath-Konzept und mit PNF

Darüber hinaus gibt es viele physiotherapeutische, evidenzbaiserte Behandlungsmöglichkeiten und Konzepte, die bei entsprechender Indikation im Rahmen von anderen Heilmitteln oder als Ergänzung zu KG-ZNS erbracht werden können:

- Laufbandtraining
- Gezielte Kräftigung der Muskulatur,
- Gleichgewichtstraining
- Neurologische Konzepte, wie CIMT, -
- Alltagstraining

Zentral hierbei ist eine auf die Bedürfnisse und Zielsetzung des Patienten abgestimmte Therapieplanung

IVG

Grundsätzlich stellt sich bei der Verordnung und Anwendung physiotherapeutischer Behandlungsmaßnahmen zunächst die Frage einer sachgerechten Indikationsstellung, die eine möglichst hohe Effizienz im Hinblick auf die therapeutische Zielstellung im Auge hat. Unter diesem Gesichtspunkt wird die Behandlungsmethode im Austausch mit dem behandelnden Arzt ausgewählt.
Bestehen bei klarer Indikationsstellung zur Vojta-Therapie Kontraindikationen oder andere Hinderungsgründe, müssen Behandlungsalternativen gefunden werden. Auch alternativ eingesetzte Maßnahmen sind regelmäßig im Kontext der definierten Therapieziele zu evaluieren, um ggf. therapeutisch nachzusteuern oder nochmals die Methode zu wechseln.

7.1

In diesem Sinn können teilweise die zur Kombination mit der Vojta-Therapie beschriebenen Methoden auch als therapeutische Alternativen angesehen werden. In der Einzelanwendung erscheinen sie allerdings als weniger effektiv, wenn der bahnende Charakter der Vojta-Therapie fehlt.

So können mit eventuell geringerem Wirkungsgrad als eigenständige Methoden u.a. genannt werden: Bobath-Konzept, orofaziale Therapie nach Castillo-Morales, manuelle Medizin, Constraint induced Movement Therapy. Die Unterschiede in Bezug auf den Wirkungsgrad wurden in den Studien zu Asymmetrie und Plagiocephalie mit NDT/Bobath beobachtet. (MW.Jung et al, 2017; J. Hohendahl et al, 2023). [29,32]

7.2

Der größte Unterschied zu anderen Therpieformen im Erwachsenebereich ist, dass bei der Vojta Therapie nicht das gezielte Einüben bestimmter Bewegungsabläufe wie Greifen, Drehen oder Gehen im Vordergrund steht. Über die Aktivierung mit der Refelexlokomotion wird ein anderer Zugang zu den im zentralen Nervensystem gespeicherten grundlegenden Bewegungsmustern geschaffen. Sie schafft die Grundlagen für ein aktives Übungsprogramm. Somit ist es schwierig die Frage zu physiotherapeutischen Behandlungsalternativen im Erwachsenealter zu beantworten, da einzelne Methoden als Behandlungsalternativen selten in Betracht kommen. (Epple, C. et al, 2020) [19]

Teilweise wird ergänzend zur Vojta-Therapie ein Übungsprogramm für das häusliche Umfeld erstellt. Es sollte allerdings so aufgebaut sein, dass die Übungen bei neurologisch betroffenen Patient:innen unterhalb der individuellen Leistungsgrenze erfolgen, um eine „ersatzmotorische Fixierung“ möglichst zu vermeiden bzw. gering zu halten.

Anhang: Originalantworten auf Frage 11

Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)

Hierzu können wir mangels Expertise in der Behandlung von Säuglingen und Kindern keine Stellungnahme abgeben.

Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten – IFK e.V.

Bei Bobath handelt sich um ein spezielles Therapiekonzept zur Untersuchung und Behandlung von Störungen des zentralen Nervensystems. Das Konzept basiert auf neurophysiologischen und entwicklungsneurologischen Grundlagen und orientiert sich an den Ressourcen und den Zielen des Patienten. Behandelt werden Kinder und Jugendliche mit zerebralen Bewegungsstörungen, neuromuskulären Erkrankungen und Entwicklungsverzögerungen.
Bei Kindern wird die Bobath-Therapie häufig bei Entwicklungs- und Bewegungsstörungen angewandt.
Ziel ist es, insbesondere die sensomotorische Entwicklung zu fördern und dabei die Variabilität in der Entwicklung des Kindes zu berücksichtigen. (s. auch Antwort Frage 16). Altersgerechte Bewegungsanreize und -erfahrungen regen motorisches Lernen an, sodass Kindern mit Bewegungs-, Koordinations- und Wahrnehmungsstörungen zu einer bestmöglichen Entwicklung verholfen wird. Durch gezielte Behandlungstechniken werden Bewegungsfolgen und -übergänge aufgebaut sowie Gleichgewichtsreaktionen und die Körperwahrnehmung verbessert. Die zentrale Technik im Bobath-Konzept ist das Handling oder die Fazilitation durch den Einsatz der Hände oder des Körpers des Therapeuten. Fazilitation dient der Unterstützung bewegungsbezogener Aktivitäten in alltags- und handlungsrelevanten Situationen. Handling wird zur Unterstützung bei einer Haltungskontrolle in verschiedenen Positionen, bei Positionswechseln und Fortbewegungen eingesetzt. Handling kommt vor allem bei Aktivitäten des täglichen Lebens zum Einsatz. Bei Säuglingen kann das Hochheben und Hinlegen, ein Positionswechsel oder das Getragenwerden sein. Der Physiotherapeut leitet Bezugspersonen ebenfalls im Hinblick auf einen förderlichen Umgang mit dem Kind im Alltag an. Dabei kommen Materialien und Gegenstände, die der Patient im Alltag nutzt, zum Einsatz. Zudem wird in der Therapie der Gebrauch von Hilfsmitteln für den Alltag und die Selbstversorgung vermittelt.
(Quelle: https://ifk.de/patienteninformation/therapien/361/bobath-therapie-kinder). [1]

DMGP

Keine relevante Patientengruppe in der umfassenden Behandlung Querschnittgelähmter an Querschnittgelähmtenzentren, deshalb kann diesbezüglich keine Aussage getroffen werden

Bobath Zukunft! e. V.

Die Grundannahmen zu kindlicher Entwicklung (Idealmotorik vs. variable adaptive Bewegungsentwicklung als Explorationsverhalten) zwischen der Vojta-Therapie und Therapie nach dem Bobath-Konzept sind sehr unterschiedlich. Entsprechend sind in allen Schritten der Befundaufnahme, des Clinical Reasonings, der Zielvereinbarung und Therapieplanung äußerst unterschiedliche Vorgehensweisen beschrieben. Die Therapie nach dem Bobath-Konzept orientiert sind an einem Verständnis komplexer Problemlagen und Bedarfe. Für die Therapie werden aktuelle Erkenntnisse zur Bewegungssteuerung, zum motorischen Lernen, Grundsätze familienorientierter Förderung in ihrer Wechselwirkung betrachtet und einbezogen. Alltagsorientierung und interprofessionelle Zusammenarbeit sind wesentliche Prinzipien im Bobath-Konzept und dem entsprechend im therapeutischen Vorgehen.
Literatur:

Mayston M.J., Saloojee G.M., Foley S.E. (2024). The Bobath Clinical Reasoning Framework: A systems science approach to the complexity of neurodevelopmental conditions, including cerebral palsy. Developmental Medicine and Child Neurology 66:564–572. https://doi.org/10.1111/dmcn.15748 [36]

Gemeinsam Konferenz der deutschen Bobath-Kurse e.V. G.K.B. Hrsg. (2023). Curriculum Weiterbildungslehrgang BobathGrundkurs zur Behandlung von Säuglingen, Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Entwicklungs- und Bewegungsstörungen. Eigenverlag. https://www.bobath-zukunft.de/wp-content/uploads/2025/04/Bobath-Curriculum2023-eBook.pdf. [22]

VIFF-BV
Siehe Antworten 1.1 und 7

VIFF-Sachsen Lebenshilfe DD
Reaktionen sind beschrieben und immer wieder gleich abrufbar durch die angewendeten Aktivierungszonen, auf reflektorische Bahnung folgt aktive Muskelarbeit; in anderen Therapien Bewegungs-und Handlungsstrategien erarbeiten

DGOU
Vojta basiert auf der Aktivierung reflexgesteuerter Bewegungsmuster, Bobath hemmt pathologische Reflexe und fördert normale Bewegungsmuster. Bei der propriozeptiven neuromuskulären Fazilitation (PNF) werden propriorezeptive Reize zur Förderung komplexer Bewegungsmuster eingesetzt. Entsprechend der Behandlungsstrategie der einzelnen Methoden sind ihre optimalen Einsatzgebiete unterschiedlich.

Physio-Deutschland
In der Bobath-Therapie werden durch gezielte Behandlungstechniken, Bewegungsfolgen und Bewegungsübergänge geübt.
Die Gleichgewichtsreaktionen sowie die Körperhaltung sollen verbessert werden. Durch Handling soll die Haltungskontrolle in verschiedenen Positionen optimiert werden, Bewegungsübergange eingeleitet und Fortbewegung initiiert werden. Taktile und visuelle Reize kommen zum Einsatz, die Eltern werden im förderlichen Umgang mit ihrem Kind im Alltag angeleitet.
Was eine permanente Kontrolle und Korrektur der kindlichen Haltungs- und Bewegungsabläufe nach sich ziehen kann.

Über die Ausgangsstellungen und die Stimulation definierter Zonen werden zentrale Fortbewegungsprogramme (Haltungssteuerung im Raum, Aufrichtung gegen die Schwerkraft, zielgerichtete Bewegung/Fortbewegung) abgerufen.
In der Vojta-Therapie wird nicht anhand von spezifischen Alltagsaktivitäten geübt.
Ziel ist es, diese in die Spontanmotorik zu integrieren, so dass sie dem Kind im Alltag zur Verfügung stehen und umgesetzt werden können, was zu einer Verbesserung der Aktivität und Teilhabe führt.
Auch jüngere Kinder werden mit der veränderten Ideomotorik in die Lage versetzt ihren Bedürfnissen und Wünsche nachzukommen.
Mit Therapie sind Sie weniger frustriert, emotional belastbarer und ausgeglichener, was sich auch positiv auf die Eltern-Kind-Beziehung auswirkt.
Die regelmäßige Aktivierung hat das Ziel physiologische Bewegungen zu festigen und abzurufen. Ersatzmuster sollen so, je nach Diagnose, minimiert im besten Fall vermieden werden.

DGPTW
Die neurophysiologischen Grundlagen des Konzeptes sind ebenso fragwürdig wie die vergleichbarer Positionen des Heilmittelkatalogs. Ein Unterschied ist der verstärkte Einbezug von Angehörigen, der zu einer höheren Therapiedosis führt wie die Möglichkeit, die Therapie bei Menschen mit Kommunikationsfähigkeiten durchzuführen (Aphasie, Bewusstlosigkeit, Kleinkind). Größere Unterschiede dürten zu modernen evidenzbasierten Ansätzen der neurologischen Rehabilitation bestehen, die auf den Grundsätzen der Neuroplastizität/des motorischen Lernens fußen, bisher jedoch nicht Bestandteil des Heilmittelkatalogs sind.

Bobath-Vereinigung_Wissenschaftsbeirat
An dieser Stelle stellen wir die grundlegende Sicht- und Arbeitsweise im Bobath-Konzept dar.
Das Bobath-Konzept erschließt die Therapie der Patientin aus ihren individuellen Fähigkeiten und Schwierigkeiten im Kontext ihrer Lebenswelt, mit dem Ziel, ihrer Würde, ihrer Autonomie, ihrer Entwicklung und Rehabilitation zu dienen.
Das setzt zum einen fundiertes Wissen hinsichtlich der Komplexität von Entwicklung, Entwicklungsstörungen und zentralen Bewegungsstörungen voraus. Zum anderen erfordert dies umfassendes Können bzw. die Kompetenz

seitens der Therapeutin, die Individualität der Patientin differenziert wahrzunehmen und therapeutische Problemlösungen zu erarbeiten, welche die Aktivitäten und die Partizipation der Patientin in deren sozialem Kontext fördern. Dies umfasst auch die Antizipation typischer sekundärer Komplikationen und die Berücksichtigung dieser im Sinne von Prävention.
Professionelles Arbeiten nach dem Bobath-Konzept zeichnet sich in der konkreten Umsetzung durch die kompetente Anwendung spezifischer Methoden und Techniken aus. Diese kompetente Anwendung impliziert eine vielfältige, differenzierte und kreative Gestaltung des Therapieprozesses. Zentral ist hier zum einen die Förderung der Eigenaktivität der Patientin in ihrer Interaktion mit der Umwelt. Zum anderen soll es der Patientin ermöglicht werden, die Therapie als sinnvoll, wertvoll und förderlich zu erleben. Ein solcher therapeutischer Ansatz und Anspruch impliziert grundsätzlich die Bereitschaft zu interprofessionellem Handeln seitens der Therapeutin.
Es werden im Weiterbildungssystem die beiden Bereiche Entwicklungsneurologie und Neurorehabilitation unterschieden.

Curriculum G.K.B. e.V. 2023 https://www.bobath-zukunft.de/wp-content/uploads/2025/04/Bobath-Curriculum-2023eBook.pdf. [22]
Curriculum VeBID e.V. 2022 https://www.vebid.de/media/curriculum/html5.html#/1 [52]
Viebrock H, Forst B. (Hg.) (2008). Bobath. Stuttgart, New York: Thieme. [Therapiekonzepte in der Physiotherapie] [53].
Mayston M. (2008) Bobath Concept: Bobath@50: mid-life-crisis - what of the future? In Physiotherapie Research International 13 (3), S. 131-136. [35]

In der Bobath-Vereinigung sind alle Therapeut:innen, Mediziner:innen und Pflegenden, die ein Bobath-Zertifikat erworben haben, gemeinsam Mitglieder.
Die Sicherung der Aktualisierung und des Anschlusses an neue Erkenntnisse wird über die Jahrestagung, die regionalen Arbeitskreise und die erstellten Therapiestandards gewährleistet.
Bobath-Therapiestandards „Alltagsorientierung / 24-Stunden-Konzept“, „Dialogisches Vorgehen“, „Handlungsorientierung“, „Umfeldgestaltung“, „Interdisziplinäre Zusammenarbeit“, „Empfehlung zur Dokumentation der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen“.
Beispiele der letzten Jahrestagungen sind z.B. der Workshop mit Gabriele Wulf zu den Bedingungen für das motorische Lernen, der Workshop mit Gay Girolami zu den Anticipatory postural adjustments oder mit Margaret Mayston zum Bobath Clinical Reasoning Framework.
Leider gibt es keine Übereinstimmung mit den Denk- und Arbeitsweisen der Organisationen der Vojta-Therapie. Somit sind inhaltliche Grundannahmen, Aktualisierungen, wissenschaftliche Fundierung, sowie Curricula und Methodenlehre zwischen Vojta-Therapie und Bobath-Therapie getrennt und eigenständig.

Bobath-Vereinigung_Therapeut

Bobath und Vojta trennt existenziell das Menschebild.
Im Bobath-Konzept geht man von einem kompetenten, mündigen, handelnden, selbstwirksamen Menschen aus, den es zu unterstützen gilt.
In der Vojta-Therapie ist die Eigenaktivität sogar unerwünscht. Die Vojta-Therapie baut darauf, dass die komplexen Bewegungsabläufe in den Alltag übertragen werden können.

VAKJP

Im Vergleich zu beziehungsorientierten Verfahren wie Bobath, Affolter oder sensorischer Integration unterscheidet sich die Vojta-Therapie grundlegend durch ihre strukturierte, positionsgebundene und reizinduzierte Technik. Während andere Verfahren auf dialogische, ko-regulative und explorative Interaktion mit dem Kind setzen, erfolgt die Vojta-Anwendung überwiegend körperfokussiert, mit extern gesetzten Reizen und standardisierten Abläufen. Aus psychoanalytischer Sicht besteht die Gefahr, dass ein entwicklungsadäquater affektiver Resonanzraum fehlt, der für frühe psychische Integration zentral ist.

DGNR

Wie bereits oben ausgeführt ist ein fundamentaler Unterschied der Vojta-Therapie gegenüber anderen auch schulorientierten Therapieformen (insbesondere auch Bobath) der „reflexologische“ Ansatz: Aspekte des

Wiederlernens oder neu Erlernens motorischer Abläufe durch wiederholtes Üben spielen keine wesentliche Rolle. Natürlich existieren auch andere reflexologisch orientierte Ansätze wie zum Beispiel die PNF Therapie, für die ähnliches gilt. Im Bereich der Bobath-Therapie hat in den letzten 20 Jahren eine teilweise Adaptation an wachsendes Wissen über motorische Lernprozesse stattgefunden, sodass diese Therapie heute zwar weiter ideologische, unbewiesene Aspekte enthält, aber sich für neues Wissen deutlich offener zeigt. Dennoch ist es so, dass für die Bobath-Therapie vergleichende klinische Studien und Metaanalysen gegenüber neuen Ansätzen eher Unterlegenheit zeigten (Dorsch et al., 2023; Scrivener et al., 2020). Die aktuelle Bevorzugung der Bobath-Therapie (wie auch PNF) gegenüber neueren evidenzbasierten Therapieverfahren in der Regelung zu Heilmitteln im Bereich Physiotherapie für Personen mit ZNS-Schädigungen wird seitens der Fachgesellschaft sehr kritisch gesehen und ist einer Weiterentwicklung im Sinne des Übertrages neuer Forschungsergebnisse in die klinische Praxis abträglich. Die gemachte Klassifikation als „auf neurophysiologischer Grundlage" ist so nicht mehr gemäß dem aktuellen Stand der Wissenschaft zutreffend. Der wesentliche Unterschied der genannten Therapieformen besteht im Fehlen einer dem aktuellen Stand der Wissenschaft zugrundeliegenden Theorie und insbesondere im Fehlen des Nachweises der klinisch relevanten Wirksamkeit, die jedoch für viele andere Ansätze der motorischen Rehabilitation nach ZNS-Schädigung vorliegt (vgl. die vorgenannten Leitlinien). Deren Implementierung in der klinischen Praxis wird jedoch, da keine höher verbundene Zertifikationsposition damit verbunden ist, durch die aktuellen Regelungen massiv behindert. Hier ist grundsätzlich ein Umdenken erforderlich, wie das in anderen europäischen Ländern wie z.B. in den Niederlanden längst umgesetzt ist.

Dorsch S, Carling C, Cao Z, Fanayan E, Graham PL, McCluskey A, Schurr K, Scrivener K, Tyson S. Bobath therapy is inferior to task-specific training and not superior to other interventions in improving arm activity and arm strength outcomes after stroke: a systematic review. J Physiother. 2023 Jan;69(1):15-22. doi: 10.1016/j.jphys.2022.11.008. [16]

Scrivener K, Dorsch S, McCluskey A, Schurr K, Graham PL, Cao Z, Shepherd R, Tyson S. Bobath therapy is inferior to task-specific training and not superior to other interventions in improving lower limb activities after stroke: a systematic review. J Physiother. 2020 Oct;66(4):225-235. doi: 10.1016/j.jphys.2020.09.008. [49]

GNP

Siehe Einleitung
Vojta: schematisch, statisch, Exklusivität und Spezifität behauptend
Bobath: dynamischer, flexibler
COPCA: Elternzentriert

DGSPJ

Ein wesentlicher Unterschied wäre nach Ansicht der DGSPJ ein Unterschied in der Evidenzlage. Für die Verfahren, die im Rahmen der ambulanten Heilmittelversorgung gemäß KG-ZNS-KIND eingesetzt werden (Bobath und Vojta) besteht dieser Unterschied nicht. Evidenzbasierte Verfahren (s.o.) können über KG-ZNS-KIND nicht abgerechnet werden.

VPT

Die neurophysiologische Grundlage der Vojta- Therapie basiert auf der Annahme, dass aufgrund von Störungen im Gehirn gespeicherte Bewegungsmuster nicht abrufbar sind und alternative Bewegungsmuster erlernt werden, deren Qualität geringer ist. Über die Aktivierung der Reflexlokomotion wird laut Definition durch die Therapie ein Zugriff auf ursprüngliche Bewegungsmuster. Umbauprozesse werden durch die Plastizität des Gehirns möglich und erlauben eine langfristige Reaktivierung der ursprünglichen Muster.
(Quelle: Schellhammer, S.(2012): Vojta-Konzept in Ebelt-Paprotny, G.; Preis, R. (Hrsg.) Leitfaden Physiotherapie, 6.Auflage, Urban und Fischer, S. 274-81) [46]
Die Bobath-Therapie basiert ebenfalls auf der Nutzung der Plastizität des Gehirns. Innerhalb physiologischer sensomotorischer Funktionskreise werden dem Gehirn durch die Therapie Alternativen angeboten, die das motorische Repertoire vergrößern sollen. Ein zentraler Begriffe sind die „Fazilitation" und das „Handling". Hierbei handelt es sich um die Interaktion zwischen Therapeut und Patient. Durch gezielte Unterstützung erhält der Patient sensorische Informationen, die dabei helfen physiologische Bewegungsmuster durchzuführen. Das

Handling soll ein weitgehend selbstständiges Handeln ermöglichen und umfasst die individuelle Anwendung von Bewegungsförderung, Situationsgestaltung und ggf. Anwendung von Hilfsmitteln. Dies ist immer aktivitätsbezogen.
(Quelle: Schellhammer, S.(2012): Bobath-Konzept für Kinder in Ebelt-Paprotny, G.; Preis, R. (Hrsg.) Leitfaden Physiotherapie, 6.Auflage, Urban und Fischer, S.129-136) [46]

IVG

Aus unserer fachlichen Sicht bestehen folgende Unterschiede zu anderen Therapien:

1. In der Vojta-Therapie werden alltägliche Bewegungsabläufe wie Greifen, Aufrichten und Laufen nicht primär geübt und trainiert. Das zentrale Nervensystem wird vielmehr über klar definierte Ausgangsstellungen, Auslösungszonen an Rumpf und Extremitäten sowie durch dreidimensionale propriozeptive Reize angeregt, auf die genetisch angelegten Bewegungsprogramme zuzugreifen.
2. Durch die präzise Auslösung wird stets das globale Haltungs- und Bewegungsmuster angesprochen. Auf diese Weise werden auch die höher differenzierten, peripheren Bereiche erreicht – wie z.B. die Okulomotorik (Blickbewegungen und Augensteuerung), die Koordination orofazialer Abläufe (Zungenbewegung, Schluckakt) und vegetative Funktionen (Regulation von Blase und Darmfunktion, Atmung) sowie Saugen, Schlucken und Sprache.
3. Die Vojta-Therapie kann unabhängig vom Antrieb der Patient:innen durchgeführt werden. Es kommt automatisch zur Aktivierung von definierten Haltungs- und Bewegungsmustern. Die Patient:innen müssen keine Bewegungsaufträge verstehen und umsetzen können. Das bedeutet, dass selbst schwer eingeschränkte Patient:innen zielgerichtet behandelt werden können. Sie profitieren bezogen auf die Vitalfunktionen, wie Atmung (Atemökonomisierung, Sekretolyse), Nahrungsaufnahme und -verarbeitung, Regulierung des Schlaf-Wachrhythmus. Dies hat zur Folge, dass Krankenhausaufenthalte vermieden oder verkürzt werden können.
4. Außerhalb der Therapieeinheiten sollen sich die Patient:innen frei und spontan bewegen. Durch die Vojta Therapie kommt es zu positiven Veränderungen der Bewegungskoordination beim Greifen, Aufrichten, Laufen und Sprechen. In Folge dessen sind die Patient:innen danach in der Lage, leichter und umfangreicher ihre Wünsche und Bedürfnisse zu äußern und ihnen spontan nachzukommen. Die Patient:innen sind weniger frustriert und wirken ausgeglichener und zufriedener. Die Vojta Therapie schaftt insgesamt deutlich bessere Voraussetzungen für das motorische Lernen der Patient:innen in der Auseinandersetzung mit den Gegebenheiten der Umwelt.

Im Vojta-Prinzip wird vorrangig das Ziel verfolgt, die kortikale Regulationsebene der Motorik durch Ansprache des phylogenetisch veranlagten „globalen Musters“ anzusprechen und dadurch nachhaltig zu aktivieren, was andernfalls infolge mangelhafter bzw. fehlgesteuerter Re-Afferenzen nicht in dem Maß geschieht, was aber notwendig ist, um die erforderliche Dominanz zu gewinnen. Insbesondere im Fall einer noch nicht (vollständig) fixierten infantilen Zerebralparese erweist sich jedoch die Vojta-Therapie als überlegen, weil durch Rückgriff auf die phylogenetisch bereitgestellten motorischen Optionen ein spezifisches, aktives Eingreifen in das neuronale Differenzierungsgeschehen erfolgen kann.
Solche „bahnenden Elemente“ sind in verschiedenen anderen Behandlungsmethoden (z.B. Constraint Induced Movement Therapy, orofaziale Therapie nach Castillo-Morales, Lokomat, Galileo) enthalten. Sie greifen allerdings nicht auf das phylogenetisch bereitgestellte „globale Muster“ zu bzw. erkennen dessen Objektivität nicht an. Die genaue Kenntnis des vorhandenen Methodenspektrums ist im Rahmen der Indikationsstellung zur Vojta-Therapie und ggf. zur Kombination von Behandlungselementen verschiedener Behandlungsformen von großer Bedeutung. Deswegen ist diese Kenntnis auch Gegenstand in der Ausbildung von VojtaTherapeut:innen.

Igual Blasco, A.; Piñero Peñalver, J.; Fernández-Rego, FJ.; Torró-Ferrero, G.; Pérez-López, J. (2023). Effects of chest physiotherapy in preterm infants with respiratory distress syndrome: A systematic review. Healthcare (Basel, Switzerland) 11 (8). DOI: 10.3390/healthcare11081091. [30]

Czajkowska M., Fonfara A., Królak-Olejnik B., Michnikowski M., Gólczewski T. (2019). The impact of early therapeutic intervention on the central pattern generator in premature newborns – A preliminary study and literature review. DOI: https//doi.org/10.34763/devperiodmed.20192303.178183 [2]

Anhang: Originalantworten auf Frage 12

Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)

Hierzu können wir mangels Expertise in der Behandlung von Säuglingen und Kindern keine Stellungnahme abgeben.

Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten – IFK e.V.

12.1

Diese Frage wurde nicht beantwortet.

12.2

Hierzu liegt uns keine Evidenz vor.

DMGP

Beide Fragen wurden zusammen beantwortet

Keine relevante Patientengruppe in der umfassenden Behandlung Querschnittgelähmter an Querschnittgelähmtenzentren, deshalb kann diesbezüglich keine Aussage getroffen werden.

Bobath Zukunft! e. V.

12.1

Wir können keine Vorteile von Therapieeffekten benennen, die nicht auch anderweitig erreichbar wären. Eher können nachteilige Effekte einer Therapie, die lediglich reaktiv Haltungs- und Bewegungsmuster auslöst - oft gegen den Widerstand der Kinder – möglich sein.
Siehe Ausführungen unter 2.1 und Literatur unter 7.1

12.2

Diese Frage wurde nicht beantwortet.

VIFF-BV

Beide Fragen wurden zusammen beantwortet

Siehe Antworten 1.1 und 7
Gerade bei schwer mehrfach behinderten Kindern und Erwachsenen mit und ohne mentalen Einschränkungen. Die Aktivierung durch die Vojtatherapie ist unabhängig von den kognitiven Fähigkeiten des Patienten.

VIFF-Sachsen Lebenshilfe DD

12.1

klare Technik, klar definierte Zonen zum Auslösen der jeweiligen Reaktionen, keine Willkürmotorik notwendig, unabhängig von Kognition und Motivation

12.2

Diese Frage wurde nicht beantwortet.

DGOU

12.1

Vojta hat Vorteile bei allen Störungen des zentralen Nervensystems und neuromuskulären Bewgungsstörung im Kindes – und Erwachsenenalter, die mit einem limitierten Zugang und stark eingeschränkter Kooperationsfähigkeit des Patenten einhergehen. Das trifft besonders auf Neugeborene und Säuglinnge und auf schwer bis schwerst neurologisch Geschädigte im GMFCS-Level III bis V zu.

12.2

Gesicherte Evidenz existiert zu diesem Thema nicht.

Physio-Deutschland

12.1.

Vorteile allgemein, siehe Punkt 11

12.2

Bei der Symmetriestörung konnten signifikante Vorteile der Vojta Therapie nachgewiesen werden

Jung, M. W., Landenberger, M., Jung, T., Lindenthal, T., & Philippi, H. (2017). Vojta therapy and neurodevelopmental treatment in children with infantile postural asymmetry: a randomised controlled trial. *Journal of physical therapy science*, *29*(2), 301–306. https://doi.org/10.1589/jpts.29.301 [32]

Bei Kindern mit Zerebralparese konnte gezeigt werden, dass die Vojta-Therapie einen positiven Effekt auf die Haltungssteuerung und die grobmotorischen Funktionen hat, was wiederum – im Sinne der ICF-CY – die Selbständigkeit und Teilhabe verbessert.

Sanz-Mengibar, J. M., Menendez-Pardiñas, M., & Santonja-Medina, F. (2021). Segíti-e a cerebralis paresisben szenvedő gyermekek bruttó motoros funkcióinak fejlődését a Vojta-módszer? [Is the implementation of Vojta therapy associated with faster gross motor development in children with cerebral palsy?]. *Ideggyogyaszati szemle*, *74*(9-10), 329–336. https://doi.org/10.18071/isz.74.0329 [45]

DGPTW

Vorteile wären die weiter oben angesprochene Möglichkeit der höheren Therapiedosis durch den Einbezug pflegende Angehörige, sowie die Möglichkeit, die Therapie auch bei Menschen mit eingeschränkten kommunikativen Fähigkeiten durchzuführen.

12.1

Fachkundig angeleitete pflegende Angehörige können die Therapie zu Hause selbstständig durchführen und somit die Therapiedosis wesentlich erhöhen. Durch das propagierte Abrufen genetisch verankert Reflexmuster müssen den Patienten keine Anweisungen gegeben bzw. diese von ihm verstanden werden können

12.2

Inwiefern die angesprochenen vernünftigen Vorteil tatsächlich messbar effektiv sind, ist uns nicht bekannt. Wir könnten dazu keine relevante Literatur identifizieren.

Bobath-Vereinigung_Wissenschaftsbeirat

Diese Fragen wurden nicht beantwortet.

Bobath-Vereinigung_Therapeut

12.1

Durch die Vojta-Therapie kann im frühen Säuglingsalter schon ein „Muskeltraining“ angeboten werden.

12.2

Mir sind keine Studien bekannt.

VAKJP

Beide Fragen wurden zusammen beantwortet

Ein möglicher Vorteil liegt in der unmittelbaren Aktivierung zentraler Bewegungsmuster. Doch dieser mögliche Benefit ist im Säuglingsalter kritisch zu hinterfragen, da die motorische Aktivität nicht selbstinitiiert, nicht intentionell und nicht beziehungsbezogen erfolgt. Psychisch wirksamer erscheinen Konzepte, die das Kind als Subjekt in seiner leiblichen und affektiven Ausdrucksfähigkeit ernst nehmen. Hier zeigt sich Vojta im Vergleich eher defizitär.

DGNR

12.1

Aufgrund der o.g. Datenlagen können Vorteile nicht erkannt werden.

12.2
Hierzu ist uns keine Evidenz bekannt

GNP

12.1
es bestehen keine Vorteile
12.2
es gibt keine Evidenz

DGSPJ

Beide Fragen wurden zusammen beantwortet

Die Hauptproblematik der Heilmittelrichtlinie ist in der Nicht-Berücksichtigung evidenzbaiserter Therapieverfahren im KG-ZNS-KIND zu sehen. In der Konsequenz finden diese Verfahren im ambulanten Setting keine Anwendung.
Die Vojta-Therapie kann ein geeignetes Verfahren im Sinne einer entwicklungsbegleitenden Physiotherapie für Kinder mit Erkrankungen des zentralen Nervenesystems darstellen. Die Wahl des Verfahrens (Vojta oder Bobath) ist (bei gegebener gleicher Evidenzlage und praktischer Nicht-Verfügbarkeit von evidenzbasierten Verfahren) individuell zu treffen. Kriterien für eine Präferenz von Vojta sind u.a. schwere Aktivierbarkeit von schwer beeinträchtigten Kindern und gute Therapieakzeptanz.

VPT

Beide Fragen wurden zusammen beantwortet

Hierzu liegen uns keine Annahmen oder Literatur vor.

IVG

12.1
Die Vojta-Therapie ist in diesen Fällen von besonderem Vorteil, weil sie in dem gegebenen begrenzten Zeitfenster des ersten, bedingt auch des zweiten und dritten Lebensjahres dazu geeignet ist, die phylogenetisch optionale neuromotorische Funktionsdifferenzierung zu begünstigen und die feste Etablierung zerebralparetischer Bewegungsmuster zu minimieren.
Voraussetzung für eine bestmögliche Entwicklung und Wiederherstellung des zentralen und peripheren Nervensystems ist die systematische Wiederholung bedeutsamer afferenter Zusammenhänge. Bei einem noch unreifen Nervensystem, v. a. im Säuglings- und Kleinkindalter, sollte dies mehrmals täglich erfolgen. Durch die Einbeziehung der Eltern/Bezugspersonen in der Durchführung der Reflexlokomotion wird dies gewährleistet.

Durch die zunehmende Sicherheit und Kompetenz der Eltern/Bezugspersonen in der Anwendung der Reflexlokomotion, können die Zeitabstände zwischen den Besuchen in der Physiotherapiepraxis verlängert werden. Die Therapeut:innen übernehmen mehr und mehr die Rolle des Coaches, die die Behandlung, die von den Eltern zuhause durchgeführt wird, überprüfen und immer wieder optimieren. Diese Supervisionsarbeit ist kostengünstig und gewährleistet, im Rahmen der ambulanten Heilmittelversorgung, einer größeren Anzahl von betroffenen Patient:innen eine therapeutische Versorgung zu ermöglichen.
Die körperliche Zuwendung und Sicherheit, die Eltern/Bezugspersonen ihren Kindern in der Vojta-Therapie vermitteln, stärkt die Eltern-Kind-Beziehung und führt zu neuen, erweiterten Möglichkeiten des Kindes (s. 8.1). Die Erfahrung zeigt, dass dies zur Reduzierung von Regulatiosstörungen führen kann (M.Ziegler, 2023) [57]
Ein weiterer positiver Aspekt in der Durchführung der Vojta-Therapie sind die eindeutig definierten Reaktionen, die unter Aktivierung erwartet werden. Erscheinen diese Reaktionen nur unvollständig oder nicht, wissen die Therapeut:innen bzw. Eltern/Bezugspersonen, dass eine Änderung in der Therapie erfolgen muss.
Dafür stehen verschiedene Optionen zur Verfügung, wie z.B. das Ändern der Ausgangslage, der Zonenauswahl oder auch der einzelnen Gelenkstellungen. Außerhalb der Vojta-Therapie sind kein ständiges Beobachten und

korrigierendes Eingreifen durch die Eltern/Bezugspersonen erforderlich. Das Kind kann sich also frei und spontan bewegen. Die Wichtigkeit von selbstproduziertem, explorierendem, variationsreichem motorischen Verhalten und von „Versuch und Irrtum- Erfahrungen“ (Hadders Algra et al, 2018) [28] in Kombination mit gezielter Aktivierung angeborener basaler Bewegungsmuster durch die Reflexlokomotion ist ein einzigartiger Vorteil der Vojta-Therapie gegenüber anderen Therapien.
Erkrankungen des zentralen Nervensystems gehen i.d.R. einher mit der Störung der posturalen Steuerung, d.h. dem Gleichgewicht bei Bewegungen. Die Vojta-Therapie beeinflusst diese über die gezielten Afferenzen in der Rücken-, Seiten-, Bauchlage sowie in der Hockposition. Andere Methoden versuchen das Gleichgewicht in vertikalen Positionen zu beeinflussen, was zu einer Überforderung und somit zu Verstärkung von Ersatzmustern bei Patient:innen führen kann.
Rumpfsteuerung, die in aktuellen Untersuchungen zur Lokomotion zunehmend an Bedeutung gewinnt, wird durch die Vojta-Therapie gezielt und positiv beeinflusst.
Bislang ist die Studienlage allerdings noch nicht sehr umfangreich, da es schwierig ist, die Rumpfsteuerung zu erfassen und zu messen. Die Physiotherapie-Abteilung an der Kinderklinik in Siegen führt zurzeit eine Machbarkeitsstudie zur posturalen Steuerung durch und prüft, ob bestimmte Sensoren in der Lage sind, eine Änderung der Rumpfsteuerung beim Gehen vor und nach einer physiotherapeutischen Intervention zu messen. (Messung der automatischen Steuerung der Rumpfhaltung bei Kindern mit Cerebralparese unter Anwendung von Inertialmesssensorik zur Quantifizierung der Ergebnisse einer physiotherapeutischen Intervention“ DRKS 00026667). [17]
Die Studie von Vlčková B. et al, 2024 zeigt den direkten Zusammenhang des Bewegungsniveaus eines Kindes zu seiner Postura und seiner Fähigkeiten im Alltag. Ein Poster, welches auf dem EACD / IAACD 2025 – Kongress präsentiert werden wird, bestätigt diese Ergebnisse mit einer erhöhten Patientenzahl. [54]
Die Vojta-Therapie erlaubt bei Begleitsymptomatik, wie z. B. Shuntversorgung, Herzfehler u.a., die Dosierung auf die individuelle Kondition der Patient:innen abzustimmen. Physiotherapeut:innen werden in der Vojta-Weiterbildung im Rahmen von zahlreichen supervidierten Patientenbehandlungen geschult, die Belastbarkeit der Patient:innen einzuschätzen.
Auch geben die Qualität und Quantität der aktivierbaren Teilmuster eine Auskunft darüber, in welchem Zustand sich das ZNS befindet. Damit erhalten wir bei manchen Krankheitsbildern (z.B. Armplexusparese) eine potenziell prognostische Aussage.
Wesentliche Argumente für die Vorteile der Vojta-Therapie gegenüber anderen Verfahren sind bereits dargelegt worden.
Hervorzuheben ist der Indikationsbereich der mittelschweren Zentralen Koordinationsstörung. Untersuchungen von Vojta (1978) und Imamura et al. (1983) [31] belegen bereits, dass ohne Therapie in diesen Fällen eine Normalentwicklung in 46,2 % zu erwarten ist, während dieser Anteil nach Vojta-Therapie bei 95,2 % liegt.
Die Vojta-Therapie ist in diesen Fällen von besonderem Vorteil, weil sie in dem gegebenen begrenzten Zeitfenster des ersten, bedingt auch des zweiten und dritten Lebensjahres dazu geeignet ist, die phylogenetisch optionale neuromotorische Funktionsdifferenzierung zu begünstigen und die feste Etablierung zerebralparetischer Bewegungsmuster zu minimieren.

12.2

Czajkowska, Magdalena; Fonfara, Anna; Królak-Olejnik, Barbara; Michnikowski, Marcin; Gólczewski, Tomasz (2019): The impact of early therapeutic intervention on the central pattern generator in premature newborns – A preliminary study and literature review” DOI: https://doi.org/10.34763/devperiodmed.20192303.178183 [2]

Ha, S.Y. and Y.H. Sung, (2022). Vojta therapy affects trunk control and postural sway in children with central hypotonia: A randomized controlled trial. DOI: https://doi.org/10.3390/children9101470 [26]

Ha, S-Y.; Sung, Y-H (2022). Vojta approach affects neck stability and static balance in sitting position of children with hypotonia. International Neurology Journal 25 (Suppl. 2), S90-95. DOI: 10.5213/inj.2142344.172 [25]

Ha, S.-Y.; Sung, Y.-H. (2018). Effects of Vojta approach on diaphragm movement in children with spastic cerebral palsy. DOI: https://doi.org/10.12965/jer.1836498.249 [23]

Ha, S.-Y.; Sung, Y.-H. (2024) Stimulus zones of Vojta method and trunk control in children with spastic-type cerebral palsy: A quasi-experimental pilot study. DOI: 10.1016/j.jbmt.2024.01.020 [24]

Hohendahl, L.; Hohendahl, J.; Lemhöfer, C.; Best, N. (2023) The effect of pediatric physiotherapy on positional plagiocephaly: A retrospective trial. DOI: https://doi.org/10.1055/a-1917-0677 [29]

Jung, MW., Landenberger, M., Jung, T., Lindenthal, T., Philippi, H. (2017). Vojta therapy and neurodevelopmental treatment in children with infantile postural asymmetry: a randomised controlled trial. Journal of Physical Therapy Science 29 (2), S. 301–306. DOI: 10.1589/jpts.29.301. [32]

Menéndez-Paradiñas, M.; Alonso-Bidegaín, M.; Santonja-Medina, F.; Sánchez-González, J. L.; Sanz-Nengibar, J. M. (2023) Effects of Yojta Therapy on the Motor Function of Children with Neuromotor Disorders: Study Protocol for a Randomized Controlled Trial. DOI: 10.3390/jcm12237373 [37]

Perales Lopez, L., Valdez Palmero, N., Garcia Ruano, L., San Leon Pascual, C., White Orile, P., Vegue Down, A., Garcia -Fogeda, M. D. G., Toré, S. (2021). The implementation of a reflex locomotion program according to Vojta produces short-term automatic postural changes in patients with multiple sclerosis. DOI: 10.1016/j.jbmt.2021.01.001 [40]

Sadowska L. et al. Ocena disgnostyki i stymulacji metoda Vojta dzieci zaburzeniami rozwoju psychomotorycznego (Hrsg.): Neurokinezjologiczna diagnostyka i terapie dzieci z zaburzeniami rozwoju psychorochowego, Studia i monoigrafia nr. 58; Wydawnitstwo AWF, Wroclaw, 2000, S.243-293 [43]

Sung, Y.-H., Ha, S.-Y. (2020). The Vojta approach changes thicknesses of abdominal muscles and gait in children with spastic cerebral palsy: A randomized controlled trial, pilot study. Technology and health care: Official journal of the European Society for Engineering and Medicine 28 (3), S. 293–301. DOI: 10.3233/THC-191726 [50]

Sánchez-González, J.L., Sanz-Esteban, I., Menéndez-Pardiñas , M., Navarro-López, V., Sanz-Mengíbar, J.M. (2024). Critical review of the evidence for Vojta Therapy: a systematic review and meta-analysis. frontiersin.org DOI 10.1055/a-1917-0677 [44]

Sanz-Mengibar, J. M., Menendez-Pardiñas, M., Santonja-Medina, F. (2021). Is the implementation of Vojta therapy associated with faster gross motor development in children with cerebral palsy? DOI: https://doi.org/10.18071/isz.74.0329 [45]

Trafalska, A., Paprocka-Borowicz, M. (2025). The role of the Vojta method in diagnosing and enhancing motor skills in preterm infants: A prospective open-label controlled study. Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research. DOI:10.12659/MSM.945495. [51]

Vlčkova, B., Halámka, J., Müller, M., Sanz-Mengibar, J. and Šafářová, M., (2024). Can clinical assessment of postural control explain locomotive body function, mobility, self-care and participation in children with cerebral palsy? DOI: https://doi.org/10.3390/healthcare12010098 [54]

Wójtowicz, D., Roshko, J., Ptak, A., Dębiec-Bąk, A., Skrzek, A. (2017) The efficiency of rehabilitation for self-service eating in institutionalized children aged 2–6 years with mental and motor retardation. DOI: https://doi.org/10.5114/pq.2018.73367 [55]

Ziegler, M., Wollwerth de Chuquisengo, R., Mall, V. and Licata-Dandel, M., (2023). Frühkindliche psychische Störungen: Exzessives Schreien, Schlaf- und Fütterstörungen sowie Interventionen am Beispiel des „Münchner Modells". DOI: https://doi.org/10.1007/s00103-023-03717-0 [57]

Anmerkung FBMed: Bzgl. der Quelle Vojta (1978) waren keine weiteren Informationen oder bibliographischen Angaben von der IVG aufgeführt worden, so dass die entsprechende Publikation nicht identifiziert werden konnte.

Abteilung Fachberatung Medizin

Überprüfung der HeilM-RL hinsichtlich der Regelungen zur Krankengymnastik zur Behandlung von ZNS-Erkrankungen

Rückmeldungen zum Themenkomplex V:

Wirkprinzipien / Entwicklung Therapiekonzept

Auftrag / Anfrage von: AG Heilmittel-RL

Bearbeitet von: FBMed

Datum: 25. November 2025

Letzte Aktualisierung: 25. November 2025

Dateiname: STN_Vojta_Teil_V_2025-11-25.docx

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis 3
Abkürzungsverzeichnis 4
1 Sachverhalt 5
2 Methodisches Vorgehen 6
3 Ergebnisse 7
3.1 Wirkprinzip der Vojta-Therapie 7
3.2 Aktualität des Therapiekonzeptes der Vojta-Therapie 29
4 Zusammenfassung 41
Referenzen 44
Anhang: Originalantworten auf Frage 1 50
Anhang: Originalantworten auf Frage 2 74

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Rückmeldungen zu Frage 1 8
Tabelle 2: Zitierte Quellen zu Frage 1 23
Tabelle 3: Rückmeldungen zu Frage 2 30
Tabelle 4: Zitierte Quellen zu Frage 2 38

Abkürzungsverzeichnis

AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.
CIMT	Constraint induced movement therapy
CP	Cerebralparese
CPG	Central pattern generator / zentraler Bewegungsmustergenerator
DGKJ	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V.
DGN	Deutsche Gesellschaft für Neurologie e. V.
DGNR	Deutsche Gesellschaft für Neurorehabilitation e. V.
DGOU	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V.
DGPTW	Deutsche Gesellschaft für Physiotherapiewissenschaft e. V.
DGSPJ	Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie e. V.
DMGP	Deutschsprachige Medizinische Gesellschaft für Paraplegiologie e. V.
FBMed	Fachberatung Medizin
fMRT	funktionelle Magnetresonanztomographie
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GNP	Gesellschaft Neuropädiatrie e. V.
GRADE	Grading of Recommendations Assessments, Development, and Evaluation
HeilM-RL	Heilmittel-Richtlinie
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health / Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
IFK	Interessengemeinschaft freiberuflicher Krankengymnasten / heute: Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten – IFK e. V.
IVG	Internationale Vojta Gesellschaft e. V.
OEMG	Oberflächen-Elektromyografie
PNF	propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation
SMD	Standardized mean difference / Standardisierte Mittelwertdifferenz
SR	Systematischer Review
VAKJP	Vereinigung für analytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in Deutschland
VIFF-BV	Vereinigung für Interdisziplinäre Frühförderung – Bundesvereinigung e. V.
VPT	Verband für Physiotherapie e. V.
Vrg.	Vereinigung
VT	Vojta-Therapie
WB	Wissenschaftsbeirat
ZNS	Zentrales Nervensystem

1 Sachverhalt

Mit Beschluss des G-BA vom 16. Januar 2025 wurde ein Beratungsverfahren zur Überprüfung Regelungen zur Krankengymnastik zur Behandlung von ZNS-Erkrankungen der HeilM-RL eingeleitet. Vor diesem Hintergrund hat der G-BA eine schriftliche Expertenbefragung mit Hilfe eines Fragebogens durchgeführt.

In ihrer Sitzung am 26.06.2025 tauschte sich die AG HeilM-RL hierzu erstmalig aus und vereinbarte, die FBMed zur Aufbereitung wie folgt zu beauftragen:

Aufgrund der umfangreichen Rückmeldung zur Expertenbefragung bittet die AG HeilM-RL die FBMed um Sichtung sowie Strukturierung der eingegangenen Rückmeldung der Experten sowie um eine Einordnung der der jeweiligen Fragestellung beigefügten Literatur im Hinblick auf die gegebenen Expertenantworten.

Dabei bittet die AG HeilM-RL die Aufbereitung nach folgenden Themenkomplexen zu strukturieren:

I. Indikationen/Kontraindikationen
   (Fragen 4 und 5)
II. Schädigungen/Nebenwirkungen/Langzeitfolgen
   (Fragen 10, 13, 14, 15 und 16)
III. Durchführung
   (Fragen 3, 6, 8 und 9)
IV. Vergleich Vojta vs. andere Therapien
   (Fragen 7, 11 und 12)
V. Wirkprinzipien/Entwicklung Therapiekonzept
   (Fragen 1 und 2)

2 Methodisches Vorgehen

Der fünfte Themenkomplex zu „Wirkprinzipien / Entwicklung Therapiekonzept“ umfasst die Fragen 1 und 2 aus dem Teil I (allgemeine Fragen zur Vojta-Therapie) (siehe Unterkapitel 3.1 und 3.2).

Die vollständigen Originalantworten zu den Fragen 1 und 2 finden sich im Anhang.

Für die Operationalisierung wurden Exzerpte der Antworten erstellt (siehe Ergebnisteil). Dabei wurden auch die jeweils angegebenen Literaturstellen überprüft und bzgl. Aussage und Evidenzstufe eingeordnet.

Bewertung der genannten Evidenzquellen

Die Zuordnung nach Evidenzstufen orientiert sich an der Bewertung therapeutischer Methoden gemäß Verfahrensordnung §11 des G-BA [12]:

a) I a systematische Übersichtsarbeiten von Studien der Evidenzstufe I b,
b) I b randomisierte klinische Studien,
c) II a systematische Übersichtsarbeiten von Studien der Evidenzstufe II b,
d) II b prospektive vergleichende Kohortenstudien,
e) III retrospektive vergleichende Studien,
f) IV Fallserien und andere nicht vergleichende Studien,
g) V Assoziationsbeobachtungen, pathophysiologische Überlegungen, deskriptive Darstellungen, Einzelfallberichte, nicht mit Studien belegte Meinungen anerkannter Expertinnen und Experten, Berichte von Expertenkomitees und Konsensuskonferenzen.

Für Leitlinien wurde die Klassifikation nach AWMF angegeben. Da sich Bücher bzw. Buchkapitel nicht unter die Evidenzstufen I bis IV einordnen lassen, wurde ihnen die Evidenzstufe V zugeordnet. Hiermit ist jedoch keine Bewertung der Qualität oder des fachlichen Niveaus der jeweiligen Abhandlung verbunden.

Eine Bewertung der methodischen Qualität der zitierten Studien wurde nicht vorgenommen.

Insgesamt wurden 89 verschiedene Quellen zu den Fragen 1 und 2 in den 17 ausgefüllten Fragebögen, die im Rahmen der Expertenbefragung eingingen, zitiert.

3 Ergebnisse

Im Folgenden finden sich in tabellarischer Form Exzerpte der Antworten bzgl. wesentlicher Wirkprinzipien der Vojta-Therapie (Frage 1) und nach Veränderungen an der Vojta-Therapie seit ihrer Entwicklung in den 1950er bis 1970er Jahren (Frage 2).

3.1 Wirkprinzip der Vojta-Therapie

Mit der Frage 1 wurden wesentliche Wirkprinzipien der Vojta-Therapie bei der Behandlung von Erkrankungen des ZNS adressiert:

Frage 1: Welche wesentlichen Wirkprinzipien liegen Ihrer fachlichen Ansicht nach der Vojta-Therapie zugrunde?

1.1 Welche der genannten Wirkprinzipien sind für die Behandlung von Erkrankungen des zentralen Nervensystems (einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen) relevant?

1.2 Gibt es hinsichtlich der Wirkprinzipien Unterschiede in der Behandlung von Säuglingen und Kindern und Erwachsenen?

1.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

Den eingegangenen 17 Stellungnahmen konnten Antworten auf die Frage 1 entnommen werden. Zu den Unterfragen 1.1 bis 1.3 haben sich jeweils 16 Stellungnehmende geäußert. In 3 Fällen wurden übergreifende Aussagen zur Frage 1 dem Fragebogen hinzugefügt (siehe Tabelle 1).

Bewertung der Literatur

Zur Beantwortung der Frage 1 wurden 63 Quellen angegeben, die zwischen den Jahren 1911 und 2024 veröffentlich wurden (siehe Tabelle 2).

Von den in den Stellungnahmen genannten Quellen zur Beantwortung der Frage 1 wurden 12 der Evidenzstufe I (Ia oder Ib) zugeordnet. Davon wurden in sieben RCTs Kinder oder Neugeborene mit verschiedenen Krankheitsbildern (z. B. Hypotonie, Haltungsasymmetrie, Down-Syndrom oder Cerebralparese) und unterschiedliche Endpunkte (Muskelaktivität, motorische Funktionen und emotionaler Status) untersucht [19,34,36,53,75,79,80]. Vier RCTs wurden an gesunden Erwachsenen [55,62,65,66] und ein RCT an Erwachsenen nach Schlaganfall durchgeführt [10]. Zwei Übersichtsarbeiten zu Kindern mit CP konnten nicht eindeutig der Stufe Ia oder IIa zugeordnet werden [49,50]. Ebenso war in zwei Fällen eine eindeutige Zuordnung zu den Stufen Ib bzw. IIb nicht möglich [16,17].

Der Evidenzstufe II (IIa oder IIb) zugeordnet. Auf der Evidenzstufe IIa fanden sich zwei systematische Übersichtsarbeiten [28,63]. Fünf Studien an Erwachsenen – mit oder ohne neurologische Erkrankungen [25,26,56,64,89] – und eine Studie [58] an Kindern wurden der Evidenzstufe IIb zugeordnet.

Neun Fallserien an Gesunden [11,33,41,57] sowie neurologisch Erkrankten [7,35,39] oder Frühgeborenen [13,38] wurden als Evidenzstufe IV klassifiziert. Als Evidenzstufe V wurden 26 der genannten Quellen, darunter zahlreiche Bücher und theoretische Überlegungen, eingestuft.

Zusätzlich zu den Evidenzstufen wurden zwei Leitlinien zu Kindern mit Cerebralparese aufgeführt [32,47]. Zwei Quellen wurden nicht bewertet, da es sich um ein Studienprotokoll [43] und einen Konferenzbeitrag [37] handelt.

Tabelle 1: Rückmeldungen zu Frage 1

	Frage 1: Welche wesentlichen Wirkprinzipien liegen Ihrer fachlichen Ansicht nach der Vojta-Therapie zugrunde?		
	1.1 Welche der genannten Wirkprinzipien sind für die Behandlung von Erkrankungen des zentralen Nervensystems (einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen) relevant?	1.2 Gibt es hinsichtlich der Wirkprinzipien Unterschiede in der Behandlung von Säuglingen und Kindern und Erwachsenen?	1.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.
Fachgesellschaften aus dem Bereich Neurologie			
DGN	- Der Wirkmechanismus oder die neuro-biologische Grundlage sind nicht bekannt. - Vojta beobachtete eine Auslösung von Bewegungsmustern tonischer Muskelkontraktionen durch prolongierte Stimulation von Druckpunkten [86] - Er nahm an, dass ein altes phylogenetisches „Lokomotionszentrum“ existiert, welches einzelne Bewegungsantworten koordiniert und im oberen Hirnstamm lokalisiert ist [82] - Ein RCT von Hok et al. [25] konnte mittels funktioneller Magnetresonanztomographie (fMRT) bei 30 gesunden Freiwilligen eine Modulation im Hirnstamm nach peripherer Druckstimulation nachweisen. Hok et al. vermuteten eine Modulation der pontomedullären Formatio reticularis durch die VT und nahmen an, dass dieser Bereich eine Schlüsselrolle in der Physiotherapie durch Reflexlokomotion spielt. - Die pontomedulläre Formatio reticularis erhält o spinale Afferenzen aus den Oberflächen- und Muskelrezeptoren, o kortikale Afferenzen aus Kortexfeldern, o zerebelläre Afferenzen	- Aufgrund der unklaren Wirkweise der VT sind keine Unterschiede zu benennen. Die neuronale Plastizität kann theoretisch einen Einfluss auf die Wirkweise in unterschiedlichen Altersklassen haben. - Motorische Erholung durch die kortikale Reorganisation nach einem Schlaganfall und die physiologische Aneignung erlernter Bewegungsmuster bei Kindern könnten vergleichbar sein. [8,20,23,48] - Nach Hirnverletzungen werden Reorganisationsprozesse angeregt, damit andere Hirnareale die betroffenen Funktionen übernehmen können [54]. Die VT könnte einen aktivierenden Stimulus zur Anregung der Reorganisation darstellen.	- VT als etablierte Methode zur Förderung der physiologischen Haltungskontrolle bei zerebraler Parese [13,16,34,40,49] - VT führt zu Besserung der Haltungskontrolle durch Aktivierung der Rumpfmuskulatur und tiefen Rückenmuskulatur [17] - Effekte der VT auf Entwicklung der Grobmotorik bei Kindern [43] - Evidenz der VT für Erwachsene mit MS [7,39,63], Querschnittslähmungen [37,89], Schlaganfall [10] - Systematische Übersichtsarbeit mit Metaanalyse zu verschiedenen Erkrankungen bei Erwachsenen und Kindern [63]

	Frage 1: Welche wesentlichen Wirkprinzipien liegen Ihrer fachlichen Ansicht nach der Vojta-Therapie zugrunde?		
	1.1 Welche der genannten Wirkprinzipien sind für die Behandlung von Erkrankungen des zentralen Nervensystems (einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen) relevant?	1.2 Gibt es hinsichtlich der Wirkprinzipien Unterschiede in der Behandlung von Säuglingen und Kindern und Erwachsenen?	1.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.
	- Efferente Bahnen führen zu Alpha- und Gamma-Motoneuronen, über die der Muskeltonus gesteuert und somit die Haltung und Bewegung beeinflusst wird [81]. - Die pontomedulläre Formatio reticularis ist vermutlich an der Bewegungs- und Haltungskontrolle bereits vor Initiierung einer Fortbewegung beteiligt [77]. - Für die Haltungskontrolle werden angeborene Muster benötigt, die aufgabenspezifisch und automatisch Anpassungen der Bewegung und Regulierungen der Körperhaltung zusammenfügen [42]. - Lokomotionsvorgänge beruhen auf genetisch determinierten spinalen Schaltkreisen, dem sog. zentralen Bewegungsmustergenerator / central pattern generator (CPG) [60]. - Der CPG ist im Hirnstamm und Rückenmark lokalisiert [33]. - Propriozeptive Hautafferenzen beeinflussen den CPG und dadurch die Anpassung der Bewegungsmuster. [60,76] - Das meiste Wissen über hierarchischen Aufbau der Netzwerke supraspinaler Lokomotionszentren basiert auf Tierexperimenten [33]. - Es ist unbekannt, ob die Organisation der supraspinalen Lokomotionskontrolle während des		

	Frage 1: Welche wesentlichen Wirkprinzipien liegen Ihrer fachlichen Ansicht nach der Vojta-Therapie zugrunde?		
	1.1 Welche der genannten Wirkprinzipien sind für die Behandlung von Erkrankungen des zentralen Nervensystems (einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen) relevant?	1.2 Gibt es hinsichtlich der Wirkprinzipien Unterschiede in der Behandlung von Säuglingen und Kindern und Erwachsenen?	1.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.
	Übergangs vom vierfüßigen zum zweifüßigen Gang erhalten blieb [33]. - Lokomotionsregionen im Mesenzephalon, Subthalamus und Cerebellum sind die wichtigsten Strukturen für die Bewegungs- und Haltungskontrolle, die genaue Abklärung geht jedoch mit technischen Schwierigkeiten einher [33,57]. - Es wird postuliert, dass im Mittelhirn ein Lokomotionszentrum existiert [77]. - Am Mittelhirn fanden sich keine spezifischen Veränderungen nach VT. Veränderungen zeigten sich in der pontomedullären Formatio reticularis [25]. Diese Veränderung könnte eine Erklärung für die Verbesserung der posturalen Kontrolle durch positive Effekte der VT auf das Lokomotionszentrum sein. **Anmerkung FBMed:** ein Teil der Antwort ist identisch mit der Antwort der DGSPJ		
DGNR	Position der DGNR zur VT negativ bis ablehnend: - Negative neurobiologische Grundlage sowie negative Evidenzlage der VT - negative Auswirkungen insbesondere auf die psychosoziale Situation der Betroffenen - DGNR stellt die Frage, was die VT ersetzen kann. - Kinder mit zerebralen Schädigungen oder entsprechenden Risikofaktoren bedürfen einer sinnvollen sensomotorischen und kognitiven Therapie. - Eine Begleitung der Familien im Sinne des Coachings ist notwendig. - Es gibt hervorragende evidenzbasierte Alternativen zur VT, die nicht im Leitungskatalog enthalten sind, aber eingesetzt werden sollten.		

	Frage 1: Welche wesentlichen Wirkprinzipien liegen Ihrer fachlichen Ansicht nach der Vojta-Therapie zugrunde?		
	1.1 Welche der genannten Wirkprinzipien sind für die Behandlung von Erkrankungen des zentralen Nervensystems (einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen) relevant?	1.2 Gibt es hinsichtlich der Wirkprinzipien Unterschiede in der Behandlung von Säuglingen und Kindern und Erwachsenen?	1.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.
	- Orientierung an evidenzbasierten Leitlinien für die multiprofessionelle Behandlung neurologischer Erkrankungen		
	- Das Wirkprinzip der VT beruht auf einem (unbewiesenen und mit aktuellen entwicklungsneurologischen Kenntnissen nicht zu vereinbarenden) reflexphysiologischen Ansatz. - Es wird davon ausgegangen, dass o durch taktile Stimulation bestimmter Körperareale automatische reflexhafte Bewegungsabläufe (Reflexkriechen, Umdrehen, Aufrichten etc.) abgerufen werden. o durch die reflexhafte Anbahnung können motorische Abläufe reorganisiert und Bewegungsmuster reetabliert werden. - Aspekte der Optimierung von Bewegungsabläufen, z. B. durch motorisches Lernen, finden durch die VT (passive Anbahnung von Bewegungen) keine Berücksichtigung.	- Ein unbewiesenes Postulat der VT und nicht mit der Entwicklungsneurophysiologie vereinbar ist die Behauptung, dass mit der VT hierarchisch abgestufte Entwicklungs-schritte evoziert werden, die nur in einer starren hierarchischen Sequenz abgerufen werden dürfen. Bei Kindern wird das Gehen verhindert, wenn es noch nicht krabbelt. - Übertragung der Postulate auf Erwachsene erfolgt ohne bekannte Rationale.	- Effekte der VT werden in Studien an Erwachsenen mittels neurophysiologischer Parameter gezeigt. Dabei ist es unklar, ob neurophysiologische Unterschiede eine klinische Verbesserung nach sich ziehen. - [65]
Fachgesellschaften mit Fokus auf Kinder			
DGSPJ/DGKJ	- Zusammenhang zwischen klinischen Beobachtungen und klinisch relevanten Effekten der VT bleibt offen. - Prof. Vojta beobachtete stereotypische asymmetrische tonische Muskelkontraktion als Antwort auf prolongierten peripheren Druck. - Vojtas Annahme: Steuerung erfolgt aus einem alten phylogenetischen „Lokomotionszentrum“, welches	- Keine Unterschiede zwischen Kindern und Erwachsenen ableitbar, da keine Wirkmechanismen bekannt sind. - ZNS bei Kindern besitzt eine höhere Neuroplastizität als bei Erwachsenen, daher werden	[25,33,57,60,76,77,81,82,86]

	Frage 1: Welche wesentlichen Wirkprinzipien liegen Ihrer fachlichen Ansicht nach der Vojta-Therapie zugrunde?		
	1.1 Welche der genannten Wirkprinzipien sind für die Behandlung von Erkrankungen des zentralen Nervensystems (einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen) relevant?	1.2 Gibt es hinsichtlich der Wirkprinzipien Unterschiede in der Behandlung von Säuglingen und Kindern und Erwachsenen?	1.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.
	einzelne Bewegungsantworten koordiniert und im oberen Hirnstamm lokalisiert ist. [82,86] - Nachweis der Modulation der pontomedullären Formatio reticularis im Hirnstamm nach peripherer Druck-Stimulation [25]. - Die pontomedulläre Formatio reticularis beeinflusst die Haltung und Bewegung [81] sowie die Initiierung der Fortbewegung [77]. - Lokomotionsprogramme beruhen bei Wirbeltieren auf genetisch determinierten spinalen Schaltkreisen, dem sog. zentralen Bewegungsmustergenerator (CPG), der im Hirnstamm und Rückenmark lokalisiert ist. [60] - Körperhaltung und Gang basieren auf automatischen spinalen motorischen Programmen, die durch eine supraspinale Kontrolle initiiert und reguliert werden. [33] - Propriozeptive Hautafferenzen haben einen starken Einfluss auf den CPG. [60,76] - Im funktionellen MRT-Studien (fMRT) konnten mesenzephale, subthalamische und zerebelläre Lokomotionsregionen als die wichtigsten subkortikalen Strukturen für die Haltungs- und Bewegungskontrolle visualisiert werden. [33] - [77]: einem Lokomotionszentrum im Mittelhirn wird die zentrale Rolle der Fortbewegung und Haltungskontrolle zugeschrieben.	bessere Therapieeffekte bei Kindern postuliert.	

	Frage 1: Welche wesentlichen Wirkprinzipien liegen Ihrer fachlichen Ansicht nach der Vojta-Therapie zugrunde?		
	1.1 Welche der genannten Wirkprinzipien sind für die Behandlung von Erkrankungen des zentralen Nervensystems (einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen) relevant?	1.2 Gibt es hinsichtlich der Wirkprinzipien Unterschiede in der Behandlung von Säuglingen und Kindern und Erwachsenen?	1.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.
	- [25]: Hok et al. konnten allerdings keine Änderungen im Mittelhirn beobachten. - Der mögliche Effekt der VT auf das Lokomotionszentrum könnte eine Erklärung für die Verbesserung der posturalen Kontrolle sein. [57] - Der neurophysiologische oder neurobiologische Mechanismus, der zu den beobachteten Effekten unter VT führt, ist nicht bekannt. - Es ist unklar, in welchem Ausmaß der Aufbau von supraspinalen lokomotorischen Zentren für den Menschen zutrifft. **Anmerkung FBMed:** ein Teil der Antwort ist identisch mit der Antwort der DGN		
GNP/DGKJ	- VT basiert nach Aussage der IVG auf Reflexlokomotion = zielt auf Aktivierung von Reflex- und Bewegungsmustern durch Reizsetzung an definierten Zonen und dadurch Förderung der motorischen Kontrolle. - Reflex bedeutet dabei „das immer gleiche, automatische Bewegungsmuster auf einen therapeutisch gesetzten Reiz hin". - Der VT zugrundeliegende Prinzipien: o Spinale Reflexe und segmentale Organisation des Rückenmarks o Central Pattern Generator (CPG) ▪ [46]: CPG = Zentraler Mustergenerator: neuronale Kreise, die rhythmische Muskelkontraktionen ohne Aktivierung übergeschalteter Hirnzentren und ohne sensorisches Feedback erzeugen können. Zitat [46] „*rhythmic motor output recorded from ventral roots or peripheral nerves with flexor-extensor and left-right alternations in the absence of descending neural inputs or peripheral feedback cues*.“. Sie äußern sich klinisch in an Schreitbewegungen erinnernde Bewegungen (fiktive Lokomotion). ▪ Existenz und Funktionsweise des CPGs sind unbekannt [45]. o Posturale Reflexe bei Neugeborenen - Auf welchen Wirkprinzipien die eventuellen Therapieeffekte beruhen ist unbekannt und basiert auf Hypothesen. [63]		

	Frage 1: Welche wesentlichen Wirkprinzipien liegen Ihrer fachlichen Ansicht nach der Vojta-Therapie zugrunde?		
	1.1 Welche der genannten Wirkprinzipien sind für die Behandlung von Erkrankungen des zentralen Nervensystems (einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen) relevant?	1.2 Gibt es hinsichtlich der Wirkprinzipien Unterschiede in der Behandlung von Säuglingen und Kindern und Erwachsenen?	1.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.
	- Relevanz der genannten Prinzipien ist fraglich und unbewiesen - Elektrische Stimulation nach Verletzungen des Rückenmarks war bei Erwachsenen nicht erfolgreich. Klinische Ergebnisse sollen die Wirksamkeit dieses Ansatzes bei Kindern mit CP und Erwachsenen nach Schlaganfall untermauern, allerdings unterscheiden sich die Ergebnisse nicht wesentlich von denen der konventionellen Gangtherapie und lassen sich vielmehr durch die allgemeine Therapieintensität begründen.	Keine Unterschiede auf Basis der Literatur bekannt	- Metaanalyse [63] zur Effektivität bei Kindern zur Verbesserung der Mobilität - Die VT ist nach aktuellem Forschungsstand als ineffizient zu beurteilen. - Ein Therapieerfolg ist in Einzelfällen möglich. - VT sollte auf Basis der Metaanalyse von Novak et al. [50] bei Kindern mit CP zur Verbesserung der Motorik oder als Frühintervention „wahrscheinlich nicht“ gemacht werden. - Bereiche, in denen die VT den anerkannten Standards entspricht: [32,38,47,53] - Aus Aspekten der emotionalen Sicherheit, mangelnder Umfeldgestaltung und nicht kindgerechter Ansprache ist die VT kritisch zu betrachten.
VAKJP	- VT ist kein Bestandteil der tiefenpsychologisch fundierten oder analytischen Psychotherapie – daher nur Bezug auf psychodynamische Auswirkungen der VT. - Keine belastbaren Untersuchungen bzgl. psychischer Effekte - VT beruht auf Annahme, dass Reizung bestimmter Zonen „Reflexlokomotion“ auslöst		

	Frage 1: Welche wesentlichen Wirkprinzipien liegen Ihrer fachlichen Ansicht nach der Vojta-Therapie zugrunde?		
	1.1 Welche der genannten Wirkprinzipien sind für die Behandlung von Erkrankungen des zentralen Nervensystems (einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen) relevant?	1.2 Gibt es hinsichtlich der Wirkprinzipien Unterschiede in der Behandlung von Säuglingen und Kindern und Erwachsenen?	1.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.
	- Fraglich, wie sich repetitive, passive Reize bei Betroffenen auf das „Körperselbst“ und die Affektregulation auswirken	- Bei Säuglingen und Kleinkindern ist die psychische Strukturreife noch nicht vorhanden, um das Verfahren kognitiv oder symbolisch zu verarbeiten. Die Eindrücke können nicht als „therapeutisch“ verstanden werden. - Risiken für Überforderung, Affektdesintegration und Irritation.	- Evidenzlage der Wirksamkeit der VT ist begrenzt. - Kaum Untersuchungen der psychischen Effekte (Bindungsverhalten, Affektregulation, Beziehungserfahrung)
Weitere Fachgesellschaften			
DGOU	- VT basiert auf der Reflexlokomotion und aktiviert über bestimmte definierte Reflexpunkte am Körper die Bewegungsmuster Reflexumdrehen und Reflexkriechen.	- Keine Unterschiede - Bei älteren Kindern und Erwachsenen ist zur Aktivierung der Reflexe die Aktivierung von mehreren Zonen notwendig. Bei Kleinkindern kann eine Zone zur Aktivierung ausreichen - Immer eine Kombination der Therapie durch die Bezugsperson und den/die Therapeuten/-in	[10,35,43,75]
DGPTW	- [27] - „VT verwendet frühkindlich vorkommende Reflexmuster, um darauf aufbauend verlorengegangene motorische Funktionen zu aktivieren“	- Keine Unterschiede, obwohl keine Evidenz dazu bekannt.	[11,27]

	Frage 1: Welche wesentlichen Wirkprinzipien liegen Ihrer fachlichen Ansicht nach der Vojta-Therapie zugrunde?		
	1.1 Welche der genannten Wirkprinzipien sind für die Behandlung von Erkrankungen des zentralen Nervensystems (einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen) relevant?	1.2 Gibt es hinsichtlich der Wirkprinzipien Unterschiede in der Behandlung von Säuglingen und Kindern und Erwachsenen?	1.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.
	- Durch Muskeldehnungsreize oder kutane Reize sollen Haltungsänderungen oder Bewegungen (Reflexkriechen, Reflexumdrehens) ausgelöst werden. - VT geht davon aus, dass die Bewegungsmuster genetisch im ZNS verankert sind. - In der motorischen Entwicklung oder Rehabilitation soll Erwerb motorischer Fähigkeiten auf diesen Mustern aufbauen. - Betroffene sollen lernen, die motorischen Funktionen durch die Auslösemechanismen jederzeit reproduzierbar zu machen.		
DMGP	- Auslösung von reflexbasierten Bewegungsabläufen durch Applikation von Druckstimuli zur Spastikreduktion und Verbesserung der Motorik.	- Wirkprinzip ist unabhängig von der Altersklasse.	- [63]: systematische Übersichtsarbeit mit Metaanalyse zu Säuglingen, Kindern und Erwachsenen - [50]
Organisation der Leistungserbringer			
IFK	- Das Vojta-Konzept ist ein aus empirischen Beobachtungen entstandenes komplexes Diagnostik- und Behandlungsprinzip - Neurokinesiologische Untersuchungsmethode von Lagereaktionen und Reflexen zur Früherkennung von motorischen Entwicklungsstörungen bei Säuglingen und Kleinkindern	- Altersunabhängig und krankheitsbildübergreifend können Teilmuster, die Inhalte des normalen Bewegungsablaufes sind, geübt werden. - Physiologische Bewegungsmuster können pathologische ersetzen.	- [63]: systematische Übersichtsarbeit Metaanalyse zu Säuglingen, Kindern und Erwachsenen - [28]: Frühgeborene mit akutem Lungenversagen - [36]: Vergleich von Bobath und VT bei Kindern mit Down-Syndrom

	Frage 1: Welche wesentlichen Wirkprinzipien liegen Ihrer fachlichen Ansicht nach der Vojta-Therapie zugrunde?		
	1.1 Welche der genannten Wirkprinzipien sind für die Behandlung von Erkrankungen des zentralen Nervensystems (einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen) relevant?	1.2 Gibt es hinsichtlich der Wirkprinzipien Unterschiede in der Behandlung von Säuglingen und Kindern und Erwachsenen?	1.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.
	- Therapeutische Behandlung durch Reflexumdrehen und Reflexkriechen mit Auslösung von Zonen an Extremitäten und Rumpf [91] - Reflexlokomotion: Reflexkriechen (in Bauchlage) und Reflexumdrehen (aus Seitenlage oder Rückenlage) - Therapieprinzipien: keine willentliche oder aufgeforderte Aktivität, sondern Zugriff auf im ZNS abgespeicherte Haltungs- und Bewegungsmuster		- [19]: VT zur Beeinflussung der Haltungskontrolle bei Kindern mit zentraler Hypotonie - [18]: Einfluss der VT auf Nackenstabilität und Sitzbalance bei Kindern mit Hypotonie - [75]: Einfluss der VT auf die Bauchmuskulatur und den Gang bei Kindern mit spastischer CP - [34]: Einsatz der VT bei Kindern mit infantiler posturaler Asymmetrie
Physio Deutschland	- Komplexes Bewegungsmuster ist auf ein angeborenes artspezifisches Fortbewegungs- und Aufrichtungsprogramm zurückzuführen. - Durch die Therapie wird das gesamte Innervationsgebiet des Organismus angesprochen (motorische Zentren, autonomes Nervensystem, Sensorik, propriozeptives System). - Neuronale Strukturen können über Afferenzen und Efferenzen gezielt aktiviert werden. - Zugang zum ZNS wird durch Aktivierung genau festgelegter Zonen in definierten Ausgangsstellungen geschaffen. Dadurch können angeborene, globale Muster abgerufen werden. - Durch die Schädigung des ZNS kommt es zu Kompensationsmustern in der Spontanmotorik.	- Die Ansprache und Behandlung des ZNS sind in jedem Alter möglich. - Im Fokus steht die Frühbehandlung. - Sobald sich eine deutliche Ersatzmotorik etabliert hat, ist der Zugang zu den angeborenen, physiologischen Mustern erschwert. - Im Kindesalter wird die Neuroplastizität des ZNS genutzt. Bei Erwachsenen wird auf physiologische Muster zugegriffen. - Die durch die Aktivierung zu beobachtenden positiven Effekten lassen auf einen Einfluss höherer kortikaler Strukturen schließen.	- [62]: Kortikale Aktivierung durch VT bei gesunden, jungen Erwachsenen - [26]

	Frage 1: Welche wesentlichen Wirkprinzipien liegen Ihrer fachlichen Ansicht nach der Vojta-Therapie zugrunde?		
	1.1 Welche der genannten Wirkprinzipien sind für die Behandlung von Erkrankungen des zentralen Nervensystems (einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen) relevant?	1.2 Gibt es hinsichtlich der Wirkprinzipien Unterschiede in der Behandlung von Säuglingen und Kindern und Erwachsenen?	1.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.
	- Aktivierung der Spontanmotorik soll im ZNS gespeichert werden und im späteren Verlauf zur Verfügung stehen. - Die Bewegungsantworten und vegetative Reaktionen erlauben Rückschlüsse über den Erfolg der Therapie. - Es bedarf nicht der Willkürmotorik der Pat.		
VPT	- Die VT basiert auf der Reflexlokomotion und möchte angelegte Bewegungsabläufe und Bewegungsmuster im Gehirn abrufen/reaktivieren. - VT beruht auf artspezifischen Aufrichtungsmechanismen.	- Wirkprinzipien unterscheiden sich nicht zwischen Erwachsenen und Kindern. - Die Anwendungen und Zielsetzungen unterscheiden sich. - Kinder: frühzeitige Aktivierung physiologischer Bewegungsmuster zur Entwicklungsförderung, Prävention von Fehlentwicklungen - Erwachsene: Reaktivierung verlorener Bewegungsmuster, Wiederherstellung von Funktionen, Kontrolle der Haltung und des Gleichgewichts - [30]	- [32]: Leitlinie zu Behandlung von Kindern mit CP. Empfehlung zur Orientierung an Zielen der Betroffenen, Motivation zur Therapie durch positive Elemente, Beachten von Stresszeichen. Eine Therapie an allgemein gültigen neurologischen Wirkprinzipien auszurichten ist nicht Gegenstand der Leitlinie. - [28,34,36,49,63]
Fachverbände			
IVG	- Das Prinzip der Vojta-Therapie beruht auf der Kombination von neurophysiologischen Erkenntnissen und dem Wissen über frühkindliche Entwicklungsprozesse.		

	Frage 1: Welche wesentlichen Wirkprinzipien liegen Ihrer fachlichen Ansicht nach der Vojta-Therapie zugrunde?		
	1.1 Welche der genannten Wirkprinzipien sind für die Behandlung von Erkrankungen des zentralen Nervensystems (einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen) relevant?	1.2 Gibt es hinsichtlich der Wirkprinzipien Unterschiede in der Behandlung von Säuglingen und Kindern und Erwachsenen?	1.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.
	- Die bereits zur Geburt angelegten phylogenetischen Optionen erfahren durch individuelle Entwicklungen im ersten Lebensjahr eine Differenzierung, welche zur Entwicklung der menschlichen komplexen Fähigkeiten (Motorik, Sprache, soziales Verhalten) führt. - Menschliche Entwicklung ist durch das Wechselspiel der afferenten und efferenten Nervenimpulse geprägt. - Motorische Entwicklungsschritte zeigen sich in Bewegungs- und Haltungsmuster, die ein spezifisches Ganzkörpermuster („globales Muster“) ergeben und durch Umweltfaktoren beeinflusst werden. - Durch Störungen des zentralen Nervensystems wird die zentralnervöse Repräsentation des Körpers negativ beeinflusst. - Durch das veränderte Körperschema etabliert sich unbehandelt eine Ersatzmotorik. - Bei Erwachsenen mit neurologischen Erkrankungen oder erworbenen Hirnschädigungen kommt es durch das gestörte Wechselspiel zwischen Afferenzen und Efferenzen zur Reduzierung der ehemals idealen Motorik. Dies führt zur Entwicklung von Ersatzmotorik oder zu Kompensationsbewegungen. - Anhand der globalen Muster lassen sich in der VT Abweichungen im Bewegungsverhalten identifizieren und therapeutische Schwerpunkte festlegen. - Durch Reizung der gefundenen Zonen aus definierten Ausgangsstellungen werden Reaktionen im ZNS ausgelöst, die angeborene Bewegungsabläufe aktivieren. - Die Reflexbewegungen zeichnen sich durch Merkmale der menschlichen Fortbewegung, also die Aufrichtung gegen die Schwerkraft, Haltungskontrolle und zielgerichtete Bewegungen aus. - Die Lokomotionskomplexe „Reflexumdrehen“ und „Reflexkriechen“ werden therapeutisch angewendet. - Auf die Setzung der afferenten Reize an vordefinierten Zonen folgt eine spezifische motorische Aktivität, die der idealen Motorik näherkommt. Die regelmäßige Anwendung führt dazu, dass sich eine „Ersatzmotorik“ nicht oder im geringen Maße etabliert und fixiert. - Dieses als „Bahnung“ bezeichnetes Vorgehen ist an dem direkt nach der Behandlung verändertem Bewegungsmuster erkennbar. Die zunehmende Verbesserung der motorischen Fähigkeiten wirkt sich positiv auf die Selbständigkeit, Aktivität im Alltag und Teilhabe am sozialen Leben aus. - Erkenntnisse der neurowissenschaftlichen Grundlagenforschung belegen, dass eine gezielte Druckstimulationen der Reflexzonen die Aktivierung motorischer Hirnareale moduliert. [25] - Gesteigerte Aktivierung des Pons sowie der Formatio reticularis korreliert mit den in der klinischen Praxis beobachteten motorischen Veränderungen im Anschluss an die VT. Die VT stimuliert einige Hirnareale, die in die Steuerung und Koordination motorischer Funktionen eingebunden sind.		

	Frage 1: Welche wesentlichen Wirkprinzipien liegen Ihrer fachlichen Ansicht nach der Vojta-Therapie zugrunde?		
	1.1 Welche der genannten Wirkprinzipien sind für die Behandlung von Erkrankungen des zentralen Nervensystems (einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen) relevant?	1.2 Gibt es hinsichtlich der Wirkprinzipien Unterschiede in der Behandlung von Säuglingen und Kindern und Erwachsenen?	1.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.
	- Die durch die Zonenstimulation ausgelösten angeborenen muskulären Reaktionen sind im Oberflächen-Elektromyografie (OEMG) erfasst werden [64,66] - Stimulation der Reflexzonen löst Muskelkontraktionen aus, die der Verbesserung der Haltung und Fortbewegung bei Pat. mit neurologischen Erkrankungen unterstützen.		
	- Bahnung der Reflexlokomotion ermöglicht den Zugang zu allen Bereichen des PNS und ZNS inkl. des vegetativen Nervensystems. - Die VT beruht nicht auf dem gezielten Einüben bestimmter Bewegungsabläufe, sondern aktiviert das ZNS. - Globale Muster werden wieder zugänglich gemacht und zur Verfügung gestellt. Dadurch verbessert sich die Bewegungsökonomie und Ersatzbewegungen werden reduziert. - Die VT stellt durch die nichterforderliche Willkürmotorik eine Therapieoption bereits in der frühen Kindheit dar.	- VT verwendet bei Säuglingen spezifische entwicklungsneurophysiologische Zeitfenster, in denen Etablierung von Lerninhalten effektiver erfolgt. - Im Gegensatz dazu sind bei Erwachsenen motorische Muster gefestigt und stehen in unterschiedlichem Maße zur Verfügung. - Eine Reorganisation, also Übernahme der geschädigten Funktionen durch andere Areale ist im erwachsenen zerebralen Kortex möglich. Die Reorganisation wird durch die VT angeregt. Dadurch kann das Entstehen von Ersatzmustern verhindert bzw. reduziert werden. - Der frühe Beginn der Behandlung vor der Festigung von Ersatzmustern ist in allen Altersklassen entscheidend.	[7,10,15,25,26,29,41,55,56,58,62,64,65, 66,79,80,84]

	Frage 1: Welche wesentlichen Wirkprinzipien liegen Ihrer fachlichen Ansicht nach der Vojta-Therapie zugrunde?		
	1.1 Welche der genannten Wirkprinzipien sind für die Behandlung von Erkrankungen des zentralen Nervensystems (einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen) relevant?	1.2 Gibt es hinsichtlich der Wirkprinzipien Unterschiede in der Behandlung von Säuglingen und Kindern und Erwachsenen?	1.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.
		- Unterschiede in der Behandlung von Kindern und Erwachsenen ergeben sich durch die Einbeziehung der Bezugspersonen, Interaktion mit den Pat. und Anforderungen an die Kommunikation.	
VIFF-BV	- Durch die Vojta-Therapie wird vorrangig die autochtone Rückenmuskulatur und die Bauchmuskulatur gestärkt - Bewegungsfreiraum und -Qualität des Rumpfes und der Extremitäten können dadurch verbessert werden	- Keine Unterschiede	- [63]: systematische Übersichtsarbeit mit Metaanalyse zu Säuglingen, Kindern und Erwachsenen
VIFF-Sachsen	- Reflektorische Bahnung und Abrufbarkeit der motorischen Bewegungsmuster, Anregung angeborener gespeicherter Bewegungsmuster	- Dosierung, Ausgangsstellung, Kognition, Ansprache	./.
Bobath Zukunft	- VT basiert auf einem hierarchischen Modell der Reifung und Entwicklung des ZNS - Laut Vojta: kindliche motorische Entwicklung ist reflexgesteuert, hierarchisch organisiert und unterliegt einem kontinuierlichen Prozess von Entwicklungsschritten. - Prinzip der Reflexlokomotion: Basale Bewegungsmuster müssen stufenweise durchlaufen werden, bis reifere Stadien der Bewegungsentwicklung erreichbar sind.	- Keine Unterschiede im Wirkprinzip bekannt - Unterschiede in den Nebeneffekten, die die VT bei den Kindern hinterlassen kann - Bei Kindern werden sensorische Empfindungen im limbischen System mit emotionalem Erleben verknüpft und erhalten darüber eine subjektive Wertung und emotionale Prägung („emotionales	- Der „kurative“ Effekt konnte bisher nicht belegt werden. - Das menschliche Gehirn lässt sich nicht ausschließlich über die reflektorische Ebene erklären.

	Frage 1: Welche wesentlichen Wirkprinzipien liegen Ihrer fachlichen Ansicht nach der Vojta-Therapie zugrunde?		
	1.1 Welche der genannten Wirkprinzipien sind für die Behandlung von Erkrankungen des zentralen Nervensystems (einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen) relevant?	1.2 Gibt es hinsichtlich der Wirkprinzipien Unterschiede in der Behandlung von Säuglingen und Kindern und Erwachsenen?	1.3 Gibt es hierzu Evidenz und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.
	- In genau definierten Ausgangspositionen werden manuelle Stimulationspunkte gedrückt, um genau definierte motorische Reaktionen auszulösen [87] - Durch wiederholtes Auslösen der Bewegungsreflexe kommt es zur Freischaltung bzw. Neubahnung blockierter neuronaler Netzwerke zwischen dem Gehirn und dem Rückenmark. [30] - Um den heilenden Effekt zu erreichen, sollten Übungen mehrmals täglich wiederholt werden. - Hypothetisch wird angenommen, dass sich durch Förderung der physiologischen motorischen Entwicklung positive Effekte für andere Entwicklungsbereiche ergeben würden. - Weitere neurobiologische Wirkprinzipien zur motorischen Entwicklung des Kindes oder Reorganisation motorischer Funktionen beim Erwachsenen bleiben in der Begründung der VT unberücksichtigt (Verweis auf Antworten zu Frage 2.1) - [85,87]	Erfahrungsgedächtnis“). Kleine Kinder sind einer bewussten Reflexion nicht fähig. - Neurophysiologische Erklärung: Sinneswahrnehmungen werden in das limbische System geleitet, wo entschieden wird, wie welche Wahrnehmung emotional erlebt wird (angenehm/unangenehm). Das frühe Erleben prägt sich bei Kindern ins emotionale Gedächtnis ein. Über den Hippocampus werden die emotionalen Zuschreibungen ins Langzeitgedächtnis überführt. [3,44]	
Bobath Vrg. WB	./.	./.	- VT verfügt über keinen schlüssigen Wirksamkeitsnachweis – aus eigener Kenntnis
Bobath Vrg. Therapeutin	- Bahnung von komplexen Bewegungsmustern	- Es gibt Unterschiede in der Behandlung von Erwachsenen und Säuglingen, die Positionen und Druckpunkte sind dieselben	- Keine bekannt

Tabelle 2: Zitierte Quellen zu Frage 1

Autor (Jahr)	Evidenzstufe	Population / Indikation	Zitiert von	Anmerkungen
Bear et al. (2009) [3]	V	./.	Bobath Zukunft	Grundlegendes Lehrbuch
Brown (1911) [6]	V	./.	GNP	Beschreibung eines Central Pattern Generator anhand von Tierversuchen an Katzen
Carratalá-Tejada et al. (2022) [7]	IV	Erwachsene mit MS	DGN IVG	Nicht vergleichende Studie (23 Pat.): Single-subject research mit 3 Interventionsperioden; Reflex locomotion therapy – *„RLT could improve gait and balance in patients with MS. The patients reported a high level of satisfaction with the therapy received*.“
Cramer & Chopp (2000) [8]	V	Erwachsene mit Schlaganfall	DGN	Narrativer Review. Keine Nennung von Vojta
Epple et al. (2020) [10]	Ib	Erwachsene mit akutem Schlaganfall	DGN DGOU IVG	RCT mit 40 Pat. Nennung dieser Publikation in allen 5 Themenbereichen.
Gajewska et al (2018) [11]	IV	Gesunde Erwachsene	DGPTW	Einarmige Pilotstudie mit 24 gesunden Erwachsenen zur Objektivierung der Effekte der VT auf Muskelaktivierung anhand vom Polyelektromyograph (pEMG)
Giannantonio et al. (2010) [13]	IV	Frühgeborene mit Lungenproblemen	DGN	nicht vergleichende Studie; 34 Frühgeborene erhielten VT
Ha & Sung (2016) [17]	Ib/IIb	Gesunde junge Erwachsene	DGN	14 gesunde junge Erwachsene wurden zufällig aufgeteilt. VT an definierten Punkten versus VT an willkürlichen Punkten.
Ha & Sung (2018) [16]	Ib/IIb	Kinder mit CP	DGN	randomisiert: VT versus Physiotherapie siehe auch Themenbereich IV
Ha & Sung (2021) [15]	V	Kind mit Entwicklungsverzögerung	IVG	Einzelfallbericht
Ha & Sung (2022) [19]	Ib	Kinder mit Hypotonie	IFK	RCT mit 20 Kindern: VT versus Physiotherapie siehe auch Themenbereich IV
Hadders-Algra (2018) [20]	V	Motorische Entwicklung im Kindesalter	DGN	narrativer Review mit Fallbeispielen siehe auch Themenbereich IV

Autor (Jahr)	Evidenzstufe	Population / Indikation	Zitiert von	Anmerkungen
Hedberg et al. (2004) [23]	V	gesunde Säuglinge	DGN	acht Säuglinge im Alter von 1 Monat; keine Nennung von Vojta
Hok et al. (2017) [25]	IIb	30 gesunde junge Erwachsene	DGN DGSPJ IVG	Randomisierte cross-over Untersuchung der Kurzzeiteffekte der Fersenzonenstimulation auf Aktivierung von Hirnarealen im fMRI im Vergleich zu einer Sham Stimulierung.
Hok et al. (2019) [26]	IIb	30 gesunde junge Erwachsene	Physio Deutschland IVG	Randomisierte cross-over Untersuchung der Kurzzeiteffekte der Fersenzonenstimulation auf Aktivierung von Hirnarealen im fMRI im Vergleich zu einer Sham Stimulierung. (gleiche Studie wie [25] – andere Outcomes)
Hummelsheim & Mauritz (1983) [27]	V	Erwachsene mit zentralen Hemiparesen	DGPTW	Theoretische neurophysiologische Grundlagen krankengymnastischer Behandlung unter Benennung mehrerer Konzepte (Rood-Methode, Bobath, Brunnstrom-Methode, PNF, Vojta)
Igual Blasco et al. (2023) [28]	IIa	Frühgeborene mit akutem Lungenversagen	IFK VPT	Systematische Übersichtsarbeit; 10 Studien eingeschlossen, davon 5 RCTs. RoB2 Bewertung zeigte hohes Verzerrungspotential bei 2 RCTs und unklares Verzerrungspotential (some concerns) bei 3 RCTs. „All techniques were shown to be safe. Benefits were described after conventional chest physiotherapy, Vojta's reflex rolling, and lung compression interventions."
IVG [30]	V	/	Bobath Zukunft	Webseite zu Grundlagen der VT
IVG [29]	V	/	IVG	Webseite zur Datenbank der VT
Jackman et al. (2022) [32]	entspräche einer S3-LL	Kinder und Jugendliche mit CP	GNP VPT	Leitlinie zu Interventionen zur Verbesserung der körperlichen Funktion bei Kindern mit ZP; relevante Empfehlungen: - Zielorientierte Behandlung, möglichst Hands-off Techniken fokussierend auf Autonomie der Kinder - Beim kindlichen Weinen soll die Intervention unterbrochen und angepasst werden - Therapieplanung in Anlehnung an die Möglichkeiten und Präferenzen der Familien

Autor (Jahr)	Evidenzstufe	Population / Indikation	Zitiert von	Anmerkungen
				- Keine Nennung von Vojta oder Bobath
Jahn et al. (2008) [33]	IV	26 Gesunde Erwachsene	DGN DGSPJ	Nichtrandomisierte Untersuchung der Hirnaktivierung bei Visualisierungsübungen im fMRI
Jung et al. (2017) [34]	Ib	Säuglinge mit infantiler Haltungsasymmetrie	DGN IFK VPT	Nennung dieser Publikation in allen 5 Themenbereichen.
Kanda et al. (2004) [35]	IV	Kinder mit spastischer Diplegie	DGOU	Nichtrandomisierte Kohortenstudie mit 10 Kindern über 5 Jahre, deutlich methodische Einschränkungen (retrospektive Interventionszuordnung, nichtrandomisierte Gruppenzuteilung)
Kavlak et al. (2022) [36]	Ib	Kinder mit Down-Syndrom	IFK VPT	RCT mit 24 Kindern; Vergleich der VT vs. Bobath in Hinblick auf motorische Funktionen und emotionalen Status der Mutter sowie Lebensqualität; kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen nach 6 Wochen.
Kellner & Meiners (2014) [37]	Nicht bewertbar	Pat. mit Querschnittlähmung	DGN	Konferenzabstract nicht verfügbar.
Kümin et al. (2023) [38]	IV	Frühgeborene	GNP	Assessments zur neurologischen Entwicklung von Frühgeborenen, Registerauswertung
Laufens et al. (1999) [39]	IV	Erwachsene mit MS	DGN	Fallserie mit 15 MS Pat. Anmerkung FBMed: Titel war nicht korrekt angegeben
Lim & Kim (2013) [40]	V	Kinder mit spastischer Diplegie	DGN	3 Fallberichte
Martinek et al. (2022) [41]	IV	17 gesunde Erwachsene	IVG	Nichtvergleichende Untersuchung der Modulierung der Hirnaktivität durch VT mittels EEG
Massion (1992) [42]	V	./.	DGN	Theoretische Überlegungen zur Haltungs- und Bewegungskontrolle
Menéndez-Pardiñas et al. (2023) [43]	Studienpro-tokoll zu Ib	Kinder mit Motoneuronerkrankung	DGN DGOU	Die Publikation stellt nur ein Studienprotokoll für ein RCT dar und enthält keine Ergebnisse. Studienregisternr. NCT06092619
Michaelis &Niemann (2010) [44]	V	Kinder	Bobath Zukunft	Buch zu Entwicklungsneurologie und Neuropädiatrie

Autor (Jahr)	Evidenzstufe	Population / Indikation	Zitiert von	Anmerkungen
Minassian (2017) [46]	V	./.	GNP	Review und Überlegungen zum CPG
Minassian (2023) [45]	V	Erwachsener mit Querschnittlähmung	GNP	Einzelfallbericht
Morgan et al. (2021) [47]	Entspräche S2e LL	0 bis 2-jährige mit oder mit hohem Risiko für CP	GNP	Klinische LL auf Basis von SR und RCTs erstellt. siehe auch Themenbereich IV
Murphy & Corbett (2009) [48]	V	Schlaganfall	DGN	Theoretische Überlegungen zu neuronaler Plastizität nach einem Schlaganfall ausgehend vom Tiermodell
Novak et al. (2013) [49]	Ia/IIa	Kinder mit CP	DGN VPT	Therapie bei Kindern mit CP; Systematischer Review von Systematischen Reviews, siehe auch Themenbereich IV
Novak et al. (2020) [50]	Ia/IIa	Kinder mit CP	DMGP GNP	Prävention und Therapie bei Kindern mit CP; Systematischer Review von Systematischen Reviews, siehe auch Themenbereich IV
Orton et al. (2024) [53]	Ia	Frühgeborene	GNP	Cochrane Review zur frühen Entwicklungsintervention bei Frühgeborenen: - Neuroentwicklungstherapie (NDT) zeigt keine oder uneindeutige Effekte - Förderung der Eltern-Kind-Interaktion, Umgebungs-adaptation sowie elterliche Edukation zeigen positive Effekte. - keine Nennung von Vojta
Pekna et al. (2012) [54]	V	Schlaganfallrehabilitation	DGN	Narrativer Review zu Prinzipien der Neuroplastizität ausgehend von Tiermodellen
Perales-López et al. (2024) [55]	Ib	Gesunde Erwachsene	IVG	Randomisierte Untersuchung an 120 Gesunden
Pérez-Robledo et al. (2022) [56]	IIb	Gesunde Erwachsene	IVG	Nichtrandomisierter Vergleich der elektrischen Muskelaktivität nach VT verglichen mit willkürlichen Stimulationspunkten an 27 Gesunden. Deutliche methodische Einschränkungen
Porro et al. (1996) [57]	IV	Gesunde Erwachsene	DGN DGSPJ	Untersuchung von 14 Freiwilligen mit fMRI bzgl. der Hypothese überlappender neuronaler Netzwerke; keine Nennung von VT

Autor (Jahr)	Evidenzstufe	Population / Indikation	Zitiert von	Anmerkungen
Ptak et al. (2022) [58]	IIb	22 gesunde Kinder	IVG	Untersuchung der Veränderung der viskoelastischen Parameter der Rückenmuskulatur nach VT
Rossignol et al. (2006) [60]	V	./.	DGN DGSPJ	Theoretische Überlegungen zur Lokomotion und CPG ausgehend von Tiermodellen; keine Nennung von Vojta oder Bobath
Sánchez-González et al. (2023) [62]	Ib	Gesunde Erwachsene	IVG	Vergleich der Elektromyografie der abdominalen Muskulatur nach der VT verglichen mit keiner Stimulation an 27 gesunden Erwachsenen
Sánchez-González et al. (2024) [63]	IIa	Keine Einschränkungen bzgl. Alter, indikationsoffen oder ohne Erkrankung	DGN IFK DMPG VIFF-BV Physio Deutschland GNP VPT	Nennung in allen 5 Themenbereichen
Sanz-Esteban et al. (2018) [64]	IIb	Gesunde Erwachsene	IVG	Vergleich der fMRI nach spezifischer (VT) vs. nicht-spezifischer taktiler Stimulation an 16 gesunden Erwachsenen
Sanz-Esteban et al. (2021) [66]	Ib	Gesunde Erwachsene	IVG	Vergleichende EEG-Messung nach spezifischer (VT) vs. nichts-spezifischer Stimulation an 40 gesunden Erwachsenen
Sanz-Esteban et al. (2021) [65]	Ib	Gesunde Erwachsene	DGNR IVG	Vergleich der EMG-Messung der Muskelaktivität nach Vojta-Stimulation vs. Sham-Stimulation an 40 gesunden Erwachsenen
Sung & Ha (2020) [75]	Ib	Kinder mit CP	IFK DGOU	RCT mit 13 Kindern, Vergleich VT versus Physiotherapie siehe auch Themenbereich IV
Takakusaki et al. (2013) [76]	V	./.	DGN DGSPJ	Neurophysiologie des Gehens: CPG anhand von Tiermodellen
Takakusaki et al. (2016) [77]	V	./.	DGN DGSPJ	Hirnstammkontrolle der Lokomotion und des Muskeltonus; CPG anhand von Tiermodellen

Autor (Jahr)	Evidenzstufe	Population / Indikation	Zitiert von	Anmerkungen
Torró-Ferrero et al. (2022) [80]	Ib	Frühgeborene – Knochenbildung und Wachstum	IVG	Multizentrischer RCT; dieselbe Studie wie [79]: NCT04356807.
Torró-Ferrero et al. (2022) [79]	Ib	Frühgeborene - Knochenmineralisierung	IVG	RCT mit 46 Frühgeborenen randomisiert auf 3 Gruppen: VT versus passive Bewegung mit sanfter Gelenkkompression oder Massage; NCT04356807
Trepel (1999) [81]	V	./.	DGN DGSPJ	Buch zu Neuroanatomie: Struktur und Funktion
von Reumont (2012) [89]	IIb	Erwachsene mit akuten inkompletten Querschnittslähmungen	DGN	Konferenzabstract: prospektive vergleichende Kohortenstudie: → Kombinationsbehandlung besser als nur VT. siehe auch Themenbereich IV
Vojta (1968) [82]	V	Kinder mit zentralen Bewegungsstörungen	DGN DGSPJ	Grundlagen der VT - Reflexkriechen
Vojta (1970) [86]	V	Kinder	DGN DGSPJ	Grundlagen der VT - Reflexumdrehen
Vojta (1981) [85]	V	Säuglinge mit zerebralen Bewegungsstörungen	Bobath Zukunft	Die zerebralen Bewegungsstörungen im Säuglingsalter: Frühdiagnostik und Frühtherapie, 3. Aufl.
Vojta (2018) [6]	V	Säuglinge mit zerebralen Bewegungsstörungen	IVG	Die zerebralen Bewegungsstörungen im Säuglingsalter: Frühdiagnostik und Frühtherapie, 10. Aufl.
Vojta & Peters (2007) [87]	V	Pädiatrie und Neurorehabilitation	Bobath Zukunft	Lehrbuch: Grundlagen der Reflexlokomotion
Zalpour (2010) [91]	V	Kinder, Jugendliche, Erwachsene mit angeborener Hirnschädigung oder Entwicklungs-störung; Erwachsene mit erworbener Hirnschädigung	IFK	Auszug aus Physiotherapie-Lexikon siehe auch Themenbereich IV

3.2 Aktualität des Therapiekonzeptes der Vojta-Therapie

Mit der Frage 2 wurde erfragt, welche Veränderungen an der Vojta Therapie seit ihrer Entwicklung vorgenommen wurden:

Frage 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?

2.1 Entspricht die Behandlung nach dem Vojta-Konzept dem heutigen allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse?

2.2 Gibt es zu dem derzeit praktizierten Vojta-Konzept aktuelle relevante Unterlagen und Dokumente (z. B. Curricula, Anleitungen für Bezugspersonen, Aufklärungen etc.) und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

Von insgesamt 17 Stellungnahmen konnten zwei Fragebögen keine Antworten auf die Frage 2 entnommen werden. Zur Unterfrage 2.1 haben sich 15 und zur Unterfrage 2.1 13 Stellungnehmende geäußert. In einem Fall wurden übergreifende Aussagen zur Frage 2 hinzugefügt (IVG) (siehe Tabelle 3).

Bewertung der Literatur

Zur Beantwortung der Frage 2 wurden in den Stellungnahmen 33 Quellen angegeben, die ab dem Jahr 1982 veröffentlich wurden (siehe Tabelle 4).

Der Evidenzstufe Ib wurde ein RCT an Erwachsenen nach Schlaganfall zugeordnet [10].

Eine indikationsoffene Übersichtsarbeit [63] und eine vergleichende Studie an gesunden Erwachsenen [25] wurden als Evidenzstufe IIa bzw. IIb klassifiziert.

Eine Dissertationsschrift [78] zu psychischen Auswirkungen der VT auf frühbehandelte Kinder wurde der Evidenzstufe III zugeordnet (Anmerkung FBMed: eine Kurzdarstellung dieser Arbeit findet sich in der STN vom 27.06.2024: Seiten 39-41).

Eine nichtvergleichende Studie an Frühgeborenen mit Lungenversagen wurde als Evidenzstufe IV eingeordnet [13].

26 Zitationen, darunter Bücher und Einzelfallberichte sowie die IVG Webseite wurden der niedrigsten Evidenzstufe eingeordnet.

Zusätzlich wurden eine S2e Leitlinie [9] sowie die Leistungsbeschreibung des GKV-SV [14] genannt.

Tabelle 3: Rückmeldungen zu Frage 2

	Frage 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?	
	2.1 Entspricht die Behandlung nach dem Vojta-Konzept dem heutigen allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse?	2.2 Gibt es zu dem derzeit praktizierten Vojta-Konzept aktuelle relevante Unterlagen und Dokumente (z. B. Curricula, Anleitungen für Bezugspersonen, Aufklärungen etc.) und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.
Fachgesellschaften aus dem Bereich Neurologie		
DGN	- Es kann wissenschaftlich nicht belegt werden, ob die VT dem aktuellen Erkenntnisstand entspricht, da der Wirkmechanismus nicht geklärt ist. - Keine wissenschaftlichen Belege dafür, dass VT dem aktuellen klinischen Stand widersprechen würde. - Keine Änderungen an den in Frage 1 beschriebenen Mechanismen - die Anwendung wird jedoch an das Therapieziel und das klinische Bild der Pat. angepasst - Behandlungsintervalle werden ggf. verändert **Anmerkung FBMed:** Großteil der Antwort identisch mit Antwort der DGSPJ zu dieser Frage	[31]
DGNR	- Keine Weiterentwicklung der VT - Keine Modifikation entsprechend dem wissenschaftlichen Erkenntnisstand - Da heute durch klinische Studien belegte Therapieansätze existieren, besteht keine Berechtigung für die VT.	[31,84]

	Frage 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?	
	2.1 Entspricht die Behandlung nach dem Vojta-Konzept dem heutigen allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse?	2.2 Gibt es zu dem derzeit praktizierten Vojta-Konzept aktuelle relevante Unterlagen und Dokumente (z. B. Curricula, Anleitungen für Bezugspersonen, Aufklärungen etc.) und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.
	- Metaanalyse zeigt keine signifikanten funktionellen Verbesserungen bei den meisten Indikationen [63] - Funktionell marginal signifikante Effekte für eine Verbesserung von Stand/Gang Funktionen bei Erwachsenen mit Multipler Sklerose	
Fachgesellschaften mit Fokus auf Kinder		
DGSPJ/DGKJ	- Keine Änderung an den Grundlagen der VT (Reizsetzung an von Vojta empirisch ermittelten Zonen und anschließende Auslösung der motorischen Reaktionen) - Anpassung an die individuellen Therapieziele - Alleinige Anwendung der VT entspricht nicht dem anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse. **Anmerkung FBMed:** Großteil der Antwort identisch mit Antwort der DGN zu dieser Frage	Weltweit gleiche Standards der Ausbildung durch die IVG [31]
GNP/DGKJ	- In wesentlichen Aspekten unverändert - wissenschaftliche Erkenntnisse und evidenzbasierte Therapieansätze werden im Vojta-Konzept weitgehend ignoriert. - Verweis auf Antworten zu Frage 1	Datenbank der IVG
VAKJP	./.	

	Frage 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?	
	2.1 Entspricht die Behandlung nach dem Vojta-Konzept dem heutigen allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse?	2.2 Gibt es zu dem derzeit praktizierten Vojta-Konzept aktuelle relevante Unterlagen und Dokumente (z. B. Curricula, Anleitungen für Bezugspersonen, Aufklärungen etc.) und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.
Weitere Fachgesellschaften		
DGOU	- Keine wesentliche Änderung des Konzeptes, kann jedoch an die individuellen Bedürfnisse angepasst werden. - Das Vojta-Konzept basiert auf frühkindlicher Spontanmotorik und Spontanreaktionen sowie Lagereaktionen der Kinder und bildet somit den aktuellen medizinischen Erkenntnisstand ab.	Standards der IVG [31]
DGPTW	Nein	Nein [52]
DMGP	- In wesentlichen Aspekten unverändert - Konsensusempfehlung der Leitlinie der DMGP [9] zur Rehabilitation der unteren Extremität, der Steh- und Gehfunktion bei Menschen mit Querschnittlähmung: „Physiotherapie auf neurophysiologischer Basis soll bei Menschen mit einer QSL in allen Phasen in den gesamten Therapieprozess integriert werden, um Tonus, Schmerzen, Gelenkbeweglichkeit, Koordination und motorisches Lernen bei Menschen mit QSL in der akuten, subakuten und chronischen Phase zu verbessern.“	Keine bekannt

	Frage 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?	
	2.1 Entspricht die Behandlung nach dem Vojta-Konzept dem heutigen allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse?	2.2 Gibt es zu dem derzeit praktizierten Vojta-Konzept aktuelle relevante Unterlagen und Dokumente (z. B. Curricula, Anleitungen für Bezugspersonen, Aufklärungen etc.) und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.
	- keine evidenzbasierte Empfehlung, sondern aufgrund von Hinweisen Betroffener	
Organisation der Leistungserbringer		
IFK	Beurteilung der Entwicklung nicht möglich	§125 Absatz 1 SGB V, Anlage 1 Leistungsbeschreibung bei Kindern und Erwachsenen [14] II Anlage 7 – Weiterbildung zum Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V über die Versorgung mit Leistungen der Physiotherapie und deren Vergütung B) Weiterbildungscurriculum Die nähere Ausgestaltung des Weiterbildungscurriculums obliegt der BHV und den Spitzenverbänden der Kranken-kassen. Bis auf weiteres gilt das Weiterbildungscurriculum entsprechend den Standards und Leitlinien der IVG.
Physio Deutschland	Ja, neue Erkenntnisse werden in die Weiterbildung integriert	- Standards und Curriculum der IVG - [1,22,52,84,87,88]
VPT	Kein Vergleich möglich	./.
Fachverband		
IVG	- In den vergangenen 25 Jahren richtete sich die Aufmerksamkeit der IVG auf die mögliche Kompatibilität der VT mit anderen therapeutischen Verfahren.	

	Frage 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?	
	2.1 Entspricht die Behandlung nach dem Vojta-Konzept dem heutigen allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse?	2.2 Gibt es zu dem derzeit praktizierten Vojta-Konzept aktuelle relevante Unterlagen und Dokumente (z. B. Curricula, Anleitungen für Bezugspersonen, Aufklärungen etc.) und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.
	- Es bleibt zu klären, wo sich Methoden gegenseitig unterstützen können, neutral zueinander sind oder eine Kombination nicht empfehlenswert wäre. - Keine wesentliche Änderung der Grundlagen der VT (Verweis auf Antwort zu Frage 1)	
	- Übereinstimmung der Prinzipien der VT mit Erkenntnissen der Neurophysiologie sowie anderen Fachdisziplinen - Untersuchung der psychischen Belastungen [78] - Untersuchung der Schmerz- und Stresswerte bei Frühgeborenen [13] - Wirksamkeit der VT in der frühen Schlaganfallrehabilitation [13] - MRT-Untersuchung an Gesunden [25]: positive Nachwirkung der VT wäre auf eine Hirnstammmodulation der pontomedullären Formatio reticularis zurückzuführen. - VT stellt unter Einhaltung der Indikationsstellung und Beachtung der Nebenwirkungen ein wirksames Behandlungsverfahren darstellt, das dem aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht.	- Curriculum der IVG unter Verhandlung mit dem Verband der Krankenkassen (siehe 16_IVG_inkl-Anlagen.pdf ab Seite 21: Anhang 2) - Ausbildungskurse der Diagnostik für ÄrztInnen - [2,13,52,70,72,87,88]
VIFF-BV	- Keine grundlegende Änderung	Curriculum der Weiterbildung- Vojta-Therapiekurse liegt der VDEK und dem IFK vor

	Frage 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?	
	2.1 Entspricht die Behandlung nach dem Vojta-Konzept dem heutigen allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse?	2.2 Gibt es zu dem derzeit praktizierten Vojta-Konzept aktuelle relevante Unterlagen und Dokumente (z. B. Curricula, Anleitungen für Bezugspersonen, Aufklärungen etc.) und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.
	- Veränderte Interaktion und Herangehensweise in der Therapie mit Kleinkindern: kontinuierlicher Kontakt und Kommunikation mit dem Kind - Beziehungsaspekt und Elternanleitung stehen im Vordergrund	
VIFF-Sachsen	Ja, stetige Auseinandersetzung in „Refresherkursen“	ja, über Internationale Vojta-AG und [31]
Bobath Zukunft	- Keine Änderung der Grundannahmen in der VT - Keine Berücksichtigung der folgenden wissenschaftlichen Erkenntnisse - Bzgl. des Entwicklungsmodells: o Paradigma einer strikt hierarchisch chronologischen kindlichen Entwicklung ist nach wissenschaftlichen Erkenntnissen nicht mehr haltbar. o Das Zusammenspiel genetischer sowie sozio-kultureller Einflussfaktoren und deren Wechselwirkung wird außer Acht gelassen. o Die „idealmotorische“ Entwicklung mit Fokus auf neuromotorische Funktionen wird in den Vordergrund der VT gestellt ohne Berücksichtigung anderer Einflussfaktoren (Sehen, Vigilanz, genuine Neugier u. a.). [4,67,83,88]	./.

	Frage 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?	
	2.1 Entspricht die Behandlung nach dem Vojta-Konzept dem heutigen allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse?	2.2 Gibt es zu dem derzeit praktizierten Vojta-Konzept aktuelle relevante Unterlagen und Dokumente (z. B. Curricula, Anleitungen für Bezugspersonen, Aufklärungen etc.) und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.

	- Bzgl. der Haltungs- und Bewegungskontrolle
	  o [69]: Haltungs- und Bewegungskontrolle entsteht aus der Interaktion des Individuums mit der jeweiligen Aufgabe und der Umgebung
	  o Bewegungsschemata für erfolgreiches Handeln werden über Versuch-Irrtum-Prozesse variable und adaptiv entwickelt.
	  o Die frühe Vertikalisierung von Kindern wird in der VT unterbunden, dies widerspricht den aktuellen Erkenntnissen zur Entwicklung der Haltungskontrolle und der Handlungen. [20,21,24,59,69]
	- Bzgl. Erkenntnissen zum motorischen Lernen
	  o Motorisches Lernen benötigt selbstintendierte Bewegungsausführung, Motivation und geringes Stressniveau.
	  o Alltagsbezogene Therapie ermöglicht die Adaptabilität von Bewegungsausführungen und sichert die notwendigen variablen Wiederholungen von neu erlernten Bewegungen im Alltag.
	  o [51,68,90]	

	Frage 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?	
	2.1 Entspricht die Behandlung nach dem Vojta-Konzept dem heutigen allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse?	2.2 Gibt es zu dem derzeit praktizierten Vojta-Konzept aktuelle relevante Unterlagen und Dokumente (z. B. Curricula, Anleitungen für Bezugspersonen, Aufklärungen etc.) und wenn ja, welche? Wenn möglich, geben Sie bitte die Quellen und Fundstellen an.
	- Bzgl. Erkenntnissen zur Bindungsentwicklung o Angeborene Neugier fördert Eigenaktivität, die zur Festigung von Verknüpfungen im ZNS beiträgt. o Kindliche Eigenmotivation zusammen mit anderen Faktoren festigen die kindlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten des Handelns und der Kommunikation im Alltag. o [5,61,73,74]	
Bobath Vrg. WB	./.	
Bobath Vrg. Therapeutin	- Nur kleine Variationen in der Durchführung - Im Kern unverändert	Bücher, Broschüren, Literatur-Datenbank

Tabelle 4: Zitierte Quellen zu Frage 2

Autor (Jahr)	Evidenzstufe	Population / Indikation	Zitiert von	Anmerkungen
Ackermann et al. (2022) [1]	V	Kinder	Physio Deutschland	Lehrbuch
Banaszek (2004) [2]	V	Säuglinge	IVG	Buch in Polnisch
Braun (2004) [4]	V	./.	Bobath Zukunft	Tiermodell
Brazelton (2008) [5]	V	Säuglinge	Bobath Zukunft	Buchkapitel „*Der kompetente Säugling*“
DMGP (2024) [9]	S2e LL	Menschen mit Querschnittlähmung	DMGP	LL: Rehabilitation der unteren Extremität, der Steh- und Gehfunktion bei Menschen mit Querschnittlähmung
Epple et al. (2020) [10]	Ib	Erwachsene mit akutem Schlaganfall	IVG	RCT mit 40 Pat.; Nennung dieser Publikation in allen 5 Themenbereichen.
Giannantonio et al. (2010) [13]	IV	Frühgeborene mit Lungenproblemen	IVG	nicht vergleichende Studie; 34 Frühgeborene erhielten VT
GKV-Spitzenverband (2024) [14]	./.	./.	IFK	Leistungsbeschreibung
Hadders-Algra et al. (2008) [21]	V	Kinder mit Entwicklungsstörung	Bobath Zukunft	Buch zu Haltungskontrolle
Hadders-Algra (2018) [20]	V	Motorische Entwicklung im Kindesalter	Bobath Zukunft	narrativer Review mit Fallbeispielen
Hammerschmidt & Koch (2018) [22]	V	Kinder	Physio Deutschland	Leitfaden Physiotherapie
Hirschfeld (2007) [24]	V	Kinder und Erwachsene	Bobath Zukunft	neurologische Rehabilitation
Hok et al. (2017) [25]	IIb	30 gesunde junge Erwachsene	IVG	Cross-over Untersuchung zu Kurzzeiteffekten Vojta versus Sham Stimulierung
IVG [31]	V	./.	DGN DGOU DGNR DGSPJ	Website der IVG
Ohrt (2006) [51]	V	Kinder	Bobath Zukunft	motorische Entwicklung; keine Nennung von Vojta
Orth (2017) [52]	V	Kinder	Physio Deutschland DGPTW IVG	Buch: Kinder in der Vojta-Therapie

Autor (Jahr)	Evidenzstufe	Population / Indikation	Zitiert von	Anmerkungen
Reddy et al. (2013) [59]	V	Säuglinge	Bobath Zukunft	Einzelfallberichte
Roth & Eggle (2016) [61]	V	./.	Bobath Zukunft	Neurobiologie von Schmerz und Stress
Sánchez-González et al. (2024) [63]	IIa	Keine Einschränkungen bzgl. Alter, indikationsoffen oder ohne Erkrankung	DGNR	Nennung in allen fünf Themenbereichen
Schlack (1998) [67]	V	behinderte Kinder	Bobath Zukunft	keine Nennung von Vojta/Bobath/ Physiotherapie
Schmidt et al. (2019) [68]	V	./.	Bobath Zukunft	Buch
Shumway-Cook (2017) [69]	V	./.	Bobath Zukunft	Buch
Skaličková–Kováčiková (2010) [70]	V	./.	IVG	Buch zur Diagnostik und Physiotherapie nach Vojta
Skaličková–Kováčiková (2020) [72]	V	Kinder	IVG	Buch zu VT mit praktischen Erfahrungen der Therapie bei Kindern
Skaličková–Kováčiková (2023) [71]	V	Säuglinge mit motorischen Problemen	IVG	Buch: VT bei Säuglingen mit motorischen Problemen
Strüber (2016) [73]	V	Kinder	Bobath Zukunft	Prägung des kindlichen Gehirns durch die Eltern
Strüber (2019) [74]	V	./.	Bobath Zukunft	*„Risiko Kindheit*“
Thiessen-Hutter (1982) [78]	III	Vorschulkinder	IVG	Dissertation zu psychischen Auswirkungen der VT auf frühbehandelte Kinder. Studie mit methodischen Mängeln und Ungenauigkeiten (siehe FBMed STN vom 27.06.2024: Seiten 39-41)
Vojta (1988) [83]	V	Zerebrale Bewegungsstörungen im Säuglingsalter	Bobath Zukunft	Frühdiagnose und Frühtherapie; Buch, 5. Auflage
Vojta (2008) [84]	V	Zerebrale Bewegungsstörungen im Säuglingsalter	Physio Deutschland DGNR	Frühdiagnose und Frühtherapie; Buch, 10. Auflage
Vojta & Peters (2007) [87]	V	Pädiatrie und Neurorehabilitation	Physio Deutschland IVG	Lehrbuch: Grundlagen der Reflexlokomotion
Vojta & Schweizer (2009) [88]	V	Säuglinge	Bobath Zukunft	Buch zur idealen Motorik

Autor (Jahr)	Evidenzstufe	Population / Indikation	Zitiert von	Anmerkungen
			Physio Deutschland IVG	
Wulf (2009) [90]	V	./.	Bobath Zukunft	Buch *„Aufmerksamkeit und motorisches Lernen“*

4 Zusammenfassung

Wesentliche Wirkprinzipien der Vojta-Therapie in der Behandlung von Erkrankungen des ZNS (Frage 1)

Relevante Wirkprinzipien (Unterfrage 1.1)

- Der Wirkmechanismus oder die neurobiologische Grundlage der VT sind nicht bekannt. (DGN, DGSPJ/DGKJ, GNP/DGKJ)
- Die VT basiert auf Reflexlokomotion – der Auslösung von Bewegungsmustern tonischer Muskelkontraktionen durch prolongierte Stimulation von Druckpunkten. (DGN, GNP/DGKJ, VAKJP, DGOU, DGPTW, DMGP, IFK, VPT, IVG, Bobath Zukunft)
- In der motorischen Entwicklung oder Rehabilitation wird auf motorische Muster, die genetisch im ZNS verankert sind, zugegriffen, ohne dass es willentlicher oder aufgeforderter Aktivität bedarf. (DGPTW, IFK, Physio Deutschland, IVG, DGNR)
- Durch die VT wird das gesamte Innervationsgebiet des Organismus angesprochen. (Physio Deutschland, IVG)
- Aktivierung der Spontanmotorik soll im ZNS gespeichert werden und im späteren Verlauf zur Verfügung stehen. (DGPTW, Physio Deutschland, IVG)
- Die regelmäßige Auslösung von „ideal“ motorischen Mustern führt dazu, dass sich eine „Ersatzmotorik“ nicht oder nur im geringen Maße etabliert bzw. fixiert. Dies wird als „Bahnung“ bezeichnet. (IVG, VIFF-Sachsen, Bobath Zukunft, Bobath Vrg. Therapeutin)
- Die Reflexlokomotion wird vermutlich auf ein phylogenetisches „Lokomotionszentrum“ im Hirnstamm zurückgeführt, welches einzelne Bewegungsantworten koordiniert. Lokomotionsvorgänge beruhen auf genetisch determinierten spinalen Schaltkreisen, dem sog. zentralen Bewegungsmustergenerator / central pattern generator (CPG). (DGN, DGSPJ/DGKJ, GNP/DGKJ)
- Mittels bildgebender Verfahren soll eine Modulation des Lokomotionszentrums im Hirnstamm (pontomedullären Formatio reticularis) nach peripherer Zonenstimulation nachweisbar sein. Dort werden afferente Reize verarbeitet und über efferente Reize auf die Motoneuronen weitergeleitet, die den Muskeltonus und dadurch die Haltung und Bewegung beeinflussen. (DGN, DGSPJ/DGKJ, IVG)
- Die Erkenntnisse zum hierarchischen Aufbau der Netzwerke supraspinaler Lokomotionszentren basieren auf Tierexperimenten. Eine Übertragbarkeit auf Menschen ist unklar (DGN, DGSPJ/DGKJ).
- Das Wirkprinzip der VT beruht auf einem unbewiesenen und mit aktuellen entwicklungsneurologischen Kenntnissen nicht zu vereinbarenden reflexphysiologischen Ansatz (DGNR, DGSPJ/DGKJ).
- Beobachtete Effekte der VT unterscheiden sich nicht von konventioneller Therapie und lassen sich vielmehr durch die hohe Therapieintensität begründen. (GNP/DGKJ)

Unterscheide in Wirkprinzipien bei Säuglingen, Kindern und Erwachsenen (Unterfrage 1.2)

- Keine Unterschiede (DGN, DGSPJ/DGKJ, GNP/DGKJ, DGOU, DGPTW, DMGP, IFK, Physio Deutschland, VPT, VIFF-BV, Bobath Zukunft)
- Eine Übertragung der Postulate auf Erwachsene erfolgt ohne bekannte Rationale (DGNR)

- Das ZNS bei Kindern besitzt eine höhere Neuroplastizität als bei Erwachsenen, daher werden bessere Therapieeffekte bei Kindern postuliert. (DGSPJ/DGKJ)
- Bei Säuglingen und Kleinkindern ist die psychische Strukturreife noch nicht vorhanden, um das Verfahren kognitiv oder symbolisch zu verarbeiten. Die Eindrücke können nicht als „therapeutisch" verstanden werden.
- Bei älteren Kindern und Erwachsenen ist zur Aktivierung der Reflexe die Aktivierung von mehreren Zonen notwendig. (DGOU)
- Im Kindesalter wird die Neuroplastizität des ZNS genutzt. Bei Erwachsenen wird auf physiologische Muster zugegriffen. (Physio Deutschland, VPT, IVG)
- Es gibt Unterschiede durch Einbeziehung der Bezugspersonen, Interaktion mit den Pat. und Intensität (IVG, VIFF-Sachsen)
- Unterschiede in den Nebeneffekten bei den Kindern: das frühe Erlebnis prägt sich in das emotionale Gedächtnis ein. (Bobath Zukunft)

Darstellung der Evidenz (Unterfrage 1.3)

Siehe „Bewertung der Literatur" in Unterkapitel 3.1 sowie die Tabelle 2.

Veränderung des Konzeptes der Vojta-Therapie seit der Entwicklung (Frage 2)

Übereinstimmung des Konzepts mit heutigem Stand der medizinischen Erkenntnisse (Unterfrage 2.1)

- Dies kann nicht belegt werden, da der Wirkmechanismus nicht geklärt ist. (DGN, IFK, VPT)
- Keine Modifikation entsprechend dem wissenschaftlichen Erkenntnisstand. (DGNR, DGSPJ/DGKJ, GNP/DGKJ, DGOU, DGPTW, DMGP, IVG, VIFF-BV, Bobath Zukunft, Bobath Vrg. Therapeutin)
- Paradigma einer strikt hierarchisch chronologischen kindlichen Entwicklung ist nach wissenschaftlichen Erkenntnissen nicht mehr haltbar. (Bobath Zukunft)
- Das Vojta-Konzept basiert auf frühkindlicher Spontanmotorik und Spontanreaktionen sowie Lagereaktionen der Kinder und bildet somit den aktuellen medizinischen Erkenntnisstand ab. (DGOU)
- Neue Erkenntnisse werden in die Weiterbildung integriert. (Physio Deutschland, VIFF-Sachsen)
- Übereinstimmung der Prinzipien der VT mit Erkenntnissen der Neurophysiologie sowie anderen Fachdisziplinen. (IVG)

Unterlagen und Dokumente zum derzeit praktizierten Vojta-Konzept (Unterfrage 2.2)

Siehe „Bewertung der Literatur" in Unterkapitel 3.2 sowie Tabelle 4.

Zusammenfassung relevanter Quellen zum Themenkomplex V

Folgende Publikationen wurden in allen Themenkomplexen zitiert:

- **Sanchez-Gonzales et al. (2024)** [63]: Die Publikation wurde bereits im Themenkomplex III (siehe Seite 45) und in der STN der FBMed vom 27.06.2024 (siehe Seite 15-19) dargestellt.
- **Epple et al. (2020)** [10]: Die Studie wurde im Themenkomplex III (siehe Seite 45) dargestellt.
- **Jung et al. (2017)** [34]: Die Studie wurde im Themenkomplex III (siehe Seite 44) dargestellt.

Folgende Publikationen wurden sowohl im Themenkomplex V als auch im Themenkomplex IV zitiert:

- **Novak et al. (2020)** [50]: eine Darstellung dieser Studie findet sich in dem Themenkomplex IV (siehe Seite 35) und in der STN der FBMed vom 27.06.2024 (siehe Seite 33-36).
- Ebenso wurden die Publikationen von **Ha & Sung** [16,18,19] bzw. **Sung & Ha** [75] bereits in dem Themenkomplex IV (siehe Seite 37) dargestellt.

Speziell zum **Central Pattern Generator** wurden fünf Quellen zitiert, in denen zum CPG Untersuchungen (z. T. anhand von Tiermodellen) und Hypothesen dargelegt werden:

- Rossignol et al. (2006) [60],
- Takakusaki (2013) [76],
- Takakusaki et al. (2016) [77],
- Minassian et al. (2017) [46] und
- Minassian et al. (2023) [45]

Zudem wurden in den Antworten der Stellungnehmenden Bücher aus dem Bereich der Neurowissenschaften [3], der Entwicklungsneurologie und Neuropädiatrie [44] und der Neuroanatomie [81] zitiert. Diese Bücher so wie die aufgeführten Werke zum CPG können im Rahmen dieser STN nicht dargestellt werden.

Referenzen

1. **Ackermann W, Stuhlfelder U (Eds.)** Physiotherapie in der Pädiatrie. Stuttgart: Thieme; 2022.
2. **Banaszek G.** Rozwój niemowląt i jego zaburzenia a rehabilitacja metodą Vojty - wydanie II. Bielsko-Biała (POL): Alfa Medica Press; 2004.
3. **Bear MF, Connors BW, Paradiso MA.** Neurowissenschaften: ein grundlegendes Lehrbuch für Biologie, Medizin und Psychologie, 3. Aufl. Engel AK, Ed. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag; 2009.
4. **Braun K.** Wie Gehirne laufen lernen. Magdeburger Wissenschaftsjournal 2004(2):3-12.
5. **Brazelton TB.** Der kompetente Säugling – sein mächtiger Einfluss auf die Eltern-Kind-Bindung. In: Brisch K, Hellbrügge T (Eds). Der Säugling – Bindung, Neurobiologie und Gene: Grundlagen für Prävention, Beratung und Therapie. Stuttgart: Klett-Cotta; 2008. S. 207-224.
6. **Brown TG.** The intrinsic factors in the act of progression in the mammal. Proceedings of the Royal Society of London. Series B, Containing Papers of a Biological Character 1911;84(572):308-319.
7. **Carratala-Tejada M, Cuesta-Gomez A, Ortiz-Gutierrez R, Molina-Rueda F, Luna-Oliva L, Miangolarra-Page JC.** Reflex locomotion therapy for balance, gait, and fatigue rehabilitation in subjects with multiple sclerosis. J Clin Med 2022;11(3):567.
8. **Cramer SC, Chopp M.** Recovery recapitulates ontogeny. Trends Neurosci 2000;23(6):265-271.
9. **Deutschsprachige Medizinische Gesellschaft für Paraplegiologie (DMGP).** Rehabilitation der unteren Extremität, der Steh- und Gehfunktion bei Menschen mit Querschnittlähmung; S2e-Leitlinie, Langfassung, Version 2.0 [online]. AWMF-Registernummer: 179–009. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2024. [Zugriff: 16.06.2025]. URL: https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/179-009.
10. **Epple C, Maurer-Burkhard B, Lichti MC, Steiner T.** Vojta therapy improves postural control in very early stroke rehabilitation: a randomised controlled pilot trial. Neurol Res Pract 2020;2:23.
11. **Gajewska E, Huber J, Kulczyk A, Lipiec J, Sobieska M.** An attempt to explain the Vojta therapy mechanism of action using the surface polyelectromyography in healthy subjects: a pilot study. J Bodyw Mov Ther 2018;22(2):287-292.
12. **Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA).** Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses, zuletzt geändert am 17. Oktober 2024 [online]. Berlin (GER): G-BA; 2025. [Zugriff: 24.07.2025]. URL: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3830/VerfO_2024-10-17_iK_2025-05-29.pdf.
13. **Giannantonio C, Papacci P, Ciarniello R, Tesfagabir MG, Purcaro V, Cota F, et al.** Chest physiotherapy in preterm infants with lung diseases. Ital J Pediatr 2010;36:65.
14. **GKV-Spitzenverband.** Anlage 1: Leistungsbeschreibung zum Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V über die Versorgung mit Leistungen der Physiotherapie und deren Vergütung [online]. Berlin (GER): GKV-Spitzenverband; 2024. [Zugriff: 22.08.2025]. URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/

heilmittel/vertraege_125abs1/physiotherapie/20241202_Lesefassung_Anlage_1_gueltig_ab_01.12.2024_Leistungsbeschreibung_Physio.pdf.

15. **Ha SY, Sung YH.** Changes of neural pathways after Vojta approach in a child with developmental delay. Children (Basel) 2021;8(10):918.
16. **Ha SY, Sung YH.** Effects of Vojta approach on diaphragm movement in children with spastic cerebral palsy. J Exerc Rehabil 2018;14(6):1005-1009.
17. **Ha SY, Sung YH.** Effects of Vojta method on trunk stability in healthy individuals. J Exerc Rehabil 2016;12(6):542-547.
18. **Ha SY, Sung YH.** Vojta approach affects neck stability and static balance in sitting position of children with hypotonia. Int Neurourol J 2021;25(Suppl 2):S90-95.
19. **Ha SY, Sung YH.** Vojta therapy affects trunk control and postural sway in children with central hypotonia: a randomized controlled trial. Children (Basel) 2022;9(10):1470.
20. **Hadders-Algra M.** Early human motor development: from variation to the ability to vary and adapt. Neurosci Biobehav Rev 2018;90:411-427.
21. **Hadders-Algra M, Carlberg EB (Eds.)** Postural control: a key issue in developmental disorders. London: Mac Keith; 2008. (Clinics in Developmental Medicine; Band 179).
22. **Hammerschmidt U, Koch J (Eds.)** Leitfaden Physiotherapie in der Pädiatrie. München: Elsevier 2018.
23. **Hedberg A, Forssberg H, Hadders-Algra M.** Postural adjustments due to external perturbations during sitting in 1-month-old infants: evidence for the innate origin of direction specificity. Exp Brain Res 2004;157(1):10-17.
24. **Hirschfeld H.** Motor control of every day motor tasks: guidance for neurological rehabilitation. Physiol Behav 2007;92(1-2):161-6.
25. **Hok P, Opavsky J, Kutin M, Tudos Z, Kanovsky P, Hlustik P.** Modulation of the sensorimotor system by sustained manual pressure stimulation. Neuroscience 2017;348:11-22.
26. **Hok P, Opavsky J, Labounek R, Kutin M, Slachtova M, Tudos Z, et al.** Differential effects of sustained manual pressure stimulation according to site of action. Front Neurosci 2019;13:722.
27. **Hummelsheim H, Mauritz KH.** Neurophysiologische Grundlagen krankengymnastischer Übungsbehandlung bei Patienten mit zentralen Hemiparesen. Fortschr Neurol Psychiatr 1993;61(6):208-216.
28. **Igual Blasco A, Pinero Penalver J, Fernandez-Rego FJ, Torro-Ferrero G, Perez-Lopez J.** Effects of chest physiotherapy in preterm infants with respiratory distress syndrome: a systematic review. Healthcare (Basel) 2023;11(8):1091.
29. **Internationale Vojta Gesellschaft.** Service: Literaturdatenbank [online]. Siegen (GER): Internationale Vojta Gesellschaft. [Zugriff: 29.07.2025]. URL: https://www.vojta.com/de/service/literaturdatenbank.
30. **Internationale Vojta Gesellschaft.** Vojta-Prinzip: Vojta-Therapie [online]. Siegen (GER): Internationale Vojta Gesellschaft. [Zugriff: 29.07.2025]. URL: https://www.vojta.com/de/vojta-prinzip/vojta-therapie.
31. **Internationale Vojta Gesellschaft.** Webauftritt [online]. Siegen (GER): Internationale Vojta Gesellschaft. [Zugriff: 29.07.2025]. URL: https://www.vojta.com/de/.

32. **Jackman M, Sakzewski L, Morgan C, Boyd RN, Brennan SE, Langdon K, et al.** Interventions to improve physical function for children and young people with cerebral palsy: international clinical practice guideline. Dev Med Child Neurol 2022;64(5):536-549.

33. **Jahn K, Deutschlander A, Stephan T, Kalla R, Wiesmann M, Strupp M, et al.** Imaging human supraspinal locomotor centers in brainstem and cerebellum. Neuroimage 2008;39(2):786-92.

34. **Jung MW, Landenberger M, Jung T, Lindenthal T, Philippi H.** Vojta therapy and neurodevelopmental treatment in children with infantile postural asymmetry: a randomised controlled trial. J Phys Ther Sci 2017;29(2):301-306.

35. **Kanda T, Pidcock FS, Hayakawa K, Yamori Y, Shikata Y.** Motor outcome differences between two groups of children with spastic diplegia who received different intensities of early onset physiotherapy followed for 5 years. Brain Dev 2004;26(2):118-26.

36. **Kavlak E, Unal A, Tekin F, Hamood Al Sakkaf A.** Comparison of the effectiveness of Bobath and Vojta techniques in babies with Down syndrome: randomized controlled study. Ann Clin Anal Med 2022;13(1):35-39.

37. **Kellner L, Meiners T.** Soforteffekt in der Veränderung der Gehfähigkeit bei Patienten mit Querschnittlähmung nach der Vojta Therapie, ermittelt durch evidenzbasierte Gehtests [Abstract V 33: p]. 27. Jahrestagung der Deutschsprachigen Medizinischen Gesellschaft für Paraplegie (DMGP); 1.-4. Juni 2014; Bad Staffelstein, Deutschland. http://www.dmgp-kongress.de/fileadmin/congress/media/dmgp/impressionen/DMGP2014_Abstractband.pdf.

38. **Kümin H, Pittet-Metrailler M, Natalucci G, Adams M, Bauder F, Borradori-Tolsa C, et al.** Updated recommendations for routine neurodevelopmental follow-up assessments of high-risk newborns in Switzerland [online]. Freiburg (SUI): pädiatrie schweiz; 2023. [Zugriff: 19.06.2025]. URL: https://www.paediatrieschweiz.ch/recommendations-for-routine-neurodevelopmental-follow-up/.

39. **Laufens G, Poltz W, Prinz E, Reimann G, Schmiegelt F.** Verbesserung der Lokomotion durch kombinierte Laufband-/Vojta-Physiotherapie bei ausgewählten MS-Patienten. Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin 1999;9(05):187-189.

40. **Lim H, Kim T.** Effects of vojta therapy on gait of children with spastic diplegia. J Phys Ther Sci 2013;25(12):1605-1608.

41. **Martínek M, Pánek D, Nováková T, Pavlů D.** Analysis of intracerebral activity during reflex locomotion stimulation according to Vojta's principle. Applied Sciences 2022;12(4):2225.

42. **Massion J.** Movement, posture and equilibrium: interaction and coordination. Prog Neurobiol 1992;38(1):35-56.

43. **Menendez-Pardinas M, Alonso-Bidegain M, Santonja-Medina F, Sanchez-Gonzalez JL, Sanz-Mengibar JM.** Effects of Vojta therapy on the motor function of children with neuromotor disorders: study protocol for a randomized controlled trial. J Clin Med 2023;12(23):7373.

44. **Michaelis R, Niemann G.** Entwicklungsneurologie und Neuropädiatrie, 5. Aufl. Stuttgart: Thieme 2010.

45. **Minassian K, Bayart A, Lackner P, Binder H, Freundl B, Hofstoetter US.** Rare phenomena of central rhythm and pattern generation in a case of complete spinal cord injury. Nat Commun 2023;14(1):3276.

46. **Minassian K, Hofstoetter US, Dzeladini F, Guertin PA, Ijspeert A.** The human central pattern generator for locomotion: does it exist and contribute to walking? Neuroscientist 2017;23(6):649-663.

47. **Morgan C, Fetters L, Adde L, Badawi N, Bancale A, Boyd RN, et al.** Early intervention for children aged 0 to 2 years with or at high risk of cerebral palsy: international clinical practice guideline based on systematic reviews. JAMA Pediatr 2021;175(8):846-858.

48. **Murphy TH, Corbett D.** Plasticity during stroke recovery: from synapse to behaviour. Nat Rev Neurosci 2009;10(12):861-872.

49. **Novak I, McIntyre S, Morgan C, Campbell L, Dark L, Morton N, et al.** A systematic review of interventions for children with cerebral palsy: state of the evidence. Dev Med Child Neurol 2013;55(10):885-910.

50. **Novak I, Morgan C, Fahey M, Finch-Edmondson M, Galea C, Hines A, et al.** State of the evidence traffic lights 2019: systematic review of interventions for preventing and treating children with cerebral palsy. Curr Neurol Neurosci Rep 2020;20(2):3.

51. **Ohrt B.** Motorisches Lernen und seine Beziehung zu weiteren Dimensionen der kindlichen Entwicklung. Frühförderung Interdisziplinär 2006;25(4):145–158.

52. **Orth H.** Das Kind in der Vojta-Therapie, 3. Aufl. München: Elsevier 2017.

53. **Orton J, Doyle LW, Tripathi T, Boyd R, Anderson PJ, Spittle A.** Early developmental intervention programmes provided post hospital discharge to prevent motor and cognitive impairment in preterm infants (review). Cochrane Database Syst Rev 2024;2(2):CD005495.

54. **Pekna M, Pekny M, Nilsson M.** Modulation of neural plasticity as a basis for stroke rehabilitation. Stroke 2012;43(10):2819-2828.

55. **Perales-Lopez L, Sanz-Esteban I, Jimenez-Antona C, Serrano JI, San-Martin-Gomez A, Vives-Gelabert X, et al.** Automatic gait evoking in healthy adults through Vojta's peripheric somatosensory stimulation: a double-blind randomized controlled trial. J Neuroeng Rehabil 2024;21(1):174.

56. **Perez-Robledo F, Sanchez-Gonzalez JL, Bermejo-Gil BM, Llamas-Ramos R, Llamas-Ramos I, de la Fuente A, et al.** Electromyographic response of the abdominal muscles and stabilizers of the trunk to reflex locomotion therapy (RLT). A preliminary study. J Clin Med 2022;11(13):3866.

57. **Porro CA, Francescato MP, Cettolo V, Diamond ME, Baraldi P, Zuiani C, et al.** Primary motor and sensory cortex activation during motor performance and motor imagery: a functional magnetic resonance imaging study. J Neurosci 1996;16(23):7688-98.

58. **Ptak A, Debiec-Bak A, Stefanska M.** Assessment of viscoelastic parameters of muscles in children aged 4-9 months with minor qualitative impairment of the motor pattern after Vojta therapy implementation. Int J Environ Res Public Health 2022;19(16):10448.

59. **Reddy V, Markova G, Wallot S.** Anticipatory adjustments to being picked up in infancy. PLoS One 2013;8(6):e65289.

60. **Rossignol S, Dubuc R, Gossard JP.** Dynamic sensorimotor interactions in locomotion. Physiol Rev 2006;86(1):89-154.

61. **Roth G, Egle UT.** Neurobiologie von Schmerz und Stress: die Bedeutung emotionaler Vernachlässigung und psychischer Traumatisierung in der Kindheit. Ärztliche Psychotherapie und psychosomatische Medizin 2016;11(3):120-129.

62. **Sanchez-Gonzalez JL, Diez-Villoria E, Perez-Robledo F, Sanz-Esteban I, Llamas-Ramos I, Llamas-Ramos R, et al.** Synergy of muscle and cortical activation through Vojta reflex locomotion therapy in young healthy adults: a pilot randomized controlled trial. Biomedicines 2023;11(12):3203.

63. **Sanchez-Gonzalez JL, Sanz-Esteban I, Menendez-Pardinas M, Navarro-Lopez V, Sanz-Mengibar JM.** Critical review of the evidence for Vojta therapy: a systematic review and meta-analysis. Front Neurol 2024;15:1391448.

64. **Sanz-Esteban I, Calvo-Lobo C, Rios-Lago M, Alvarez-Linera J, Munoz-Garcia D, Rodriguez-Sanz D.** Mapping the human brain during a specific Vojta's tactile input: the ipsilateral putamen's role. Medicine (Baltimore) 2018;97(13):e0253.

65. **Sanz-Esteban I, Cano-de-la-Cuerda R, San-Martin-Gomez A, Jimenez-Antona C, Monge-Pereira E, Estrada-Barranco C, et al.** Innate muscle patterns reproduction during afferent somatosensory input with Vojta therapy in healthy adults: a randomized controlled trial. IEEE Trans Neural Syst Rehabil Eng 2021;29:2232-2241.

66. **Sanz-Esteban I, Cano-de-la-Cuerda R, San-Martin-Gomez A, Jimenez-Antona C, Monge-Pereira E, Estrada-Barranco C, et al.** Cortical activity during sensorial tactile stimulation in healthy adults through Vojta therapy: a randomized pilot controlled trial. J Neuroeng Rehabil 2021;18(1):13.

67. **Schlack HG.** Welche Behandlung nützt behinderten Kindern? Mainz: Kirchheim 1998.

68. **Schmidt RA, Lee TD, Winstein CJ, Wulf G, Zelaznik HN.** Motor control and learning: a behavioral emphasis, 6. ed. Champaign: Human Kinetics; 2019.

69. **Shumway-Cook A, Woollacott MH.** Motor control – translating research into clinical practice, 5. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2017.

70. **Skaličková-Kováčiková V.** Diagnostika a fyzioterapie hybných poruch dle Vojty. Olomouc: RL-CORPUS; 2017.

71. **Skaličková-Kováčiková V.** [Problémy kojenců v motorice, terapie Vojtovou metodou: praktické informace (nejen) pro rodiče; co očekávat od dětského fyzioterapeuta]. Olomouc: RL-Corpus; 2023.

72. **Skaličková-Kováčiková V.** Vojtova metoda není jen technika : vedení fyzioterapie dětského pacienta Vojtovou metodou. Olomouc: RL-CORPUS; 2020.

73. **Strüber N.** Die erste Bindung – wie Eltern die Entwicklung des kindlichen Gehirns prägen. Stuttgart Klett-Cotta; 2016.

74. **Strüber N.** Risiko Kindheit. Stuttgart: Klett-Cotta; 2019.

75. **Sung YH, Ha SY.** The Vojta approach changes thicknesses of abdominal muscles and gait in children with spastic cerebral palsy: a randomized controlled trial, pilot study. Technol Health Care 2020;28(3):293-301.

76. **Takakusaki K.** Neurophysiology of gait: from the spinal cord to the frontal lobe. Mov Disord 2013;28(11):1483-1491.

77. **Takakusaki K, Chiba R, Nozu T, Okumura T.** Brainstem control of locomotion and muscle tone with special reference to the role of the mesopontine tegmentum and medullary reticulospinal systems. J Neural Transm (Vienna) 2016;123(7):695-729.

78. **Thiesen-Hutter M.** Auswirkungen der Neurophysiotherapie Vojtas auf geistige Entwicklung und Verhalten: ein Gruppenvergleich zwischen frühbehandelten und bisher unauffälligen Vorschulkindern [Dissertation]. Köln: Universität Köln; 1982.

79. **Torro-Ferrero G, Fernandez-Rego FJ, Aguera-Arenas JJ, Gomez-Conesa A.** Effect of physiotherapy on the promotion of bone mineralization in preterm infants: a randomized controlled trial. Sci Rep 2022;12(1):11680.

80. **Torro-Ferrero G, Fernandez-Rego FJ, Jimenez-Liria MR, Aguera-Arenas JJ, Pinero-Penalver J, Sanchez-Joya MDM, et al.** Effect of physical therapy on bone remodelling in preterm infants: a multicenter randomized controlled clinical trial. BMC Pediatr 2022;22(1):362.

81. **Trepel M (Ed.).** Neuroanatomie: Struktur und Funktion, 2. Aufl. München Urban & Fischer; 1999.

82. **Vojta V.** Das Reflexkriechen und seine Bedeutung für die krankengymanastische Frühbehandlung. Zeitschrift für Kinderheilkunde 1968;104(4):319-330.

83. **Vojta V.** Die zerebralen Bewegungsstörungen im Säuglingsalter: Frühdiagnose und Frühtherapie, 5. Aufl. Stuttgart: Enke 1988.

84. **Vojta V.** Die zerebralen Bewegungsstörungen im Säuglingsalter: Frühdiagnose und Frühtherapie, 10 Aufl. Siegen: Internationale Vojta Gesellschaft; 2018.

85. **Vojta V.** Die zerebralen Bewegungsstörungen im Säuglingsalter: Frühdiagnostik und Frühtherapie, 3. Aufl. Stuttgart: Enke 1981.

86. **Vojta V.** Reflex-Umdrehen als Bahnungssystem der menschlichen Fortbewegung. Z Orthop Ihre Grenzgeb 1970;108(3):446-452.

87. **Vojta V, Peters A.** Das Vojta Prinzip: Muskelspiele in Reflexfortbewegung und motorische Ontogenese, 3. Aufl. Berlin: Springer 2007.

88. **Vojta V, Schweizer E.** Die Entdeckung der idealen Motorik: die Entwicklung der angeborenen Bewegungsmuster im ersten Lebensjahr; kinesiologische und muskuläre Analyse. München: Pflaum; 2009.

89. **Von Reumont A.** Kombination von Laufbandtherapie und Physiotherapie nach Vojta bei akuter inkompletter Querschnittlähmung [Abstract]. Bundeskongress Physiotherapie; 20.-22.09.2012; Leipzig, Deutschland. www.physio-deutschland.de/fileadmin/data/bund/events/BuKo2012/Abstracts/BuKo2012_Abstract_von_Reumont.pdf.

90. **Wulf G.** Aufmerksamkeit und motorisches Lernen. München: Urban & Fischer; 2009.

91. **Zalpour C.** Springer Lexikon Physiotherapie. Berlin: Springer; 2010

Anhang: Originalantworten auf Frage 1

Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)

1.1

Der Wirkmechanismus oder die neurobiologische Grundlage, die den beobachteten Effekten der Vojta-Therapie zugrunde liegen, ist nicht bekannt. Der tschechische Neurologe Vàclav Vojta beobachtete in den 1960-er Jahren, dass eine Stimulation durch prolongierten peripheren Druck eine stereotypische motorische Antwort im Sinne eines asymmetrischen Musters tonischer Muskelkontraktionen der Nacken-, Rumpf- und Extremitätenmuskulatur beidseits als Ausdruck einer räumlichen Summation hervorruft (Vojta, 1970) [86]. Vojta nahm an, dass womöglich ein altes phylogenetisches „Lokomotionszentrum“ existiert, welches einzelne Bewegungsantworten koordiniert und welches im oberen Hirnstamm lokalisiert ist (Vojta, 1968) [82].

Hok und Kollegen konnten in einer randomisierten kontrollierten Studie mittels funktioneller Magnetresonanztomographie (fMRT) bei 30 gesunden Freiwilligen eine Modulation im Hirnstamm nach peripherer Druck-Stimulation nachweisen und vermuteten, dass Vojta-Therapie in ihrer Nachwirkung eine Modulation der pontomedullären Formatio reticularis hervorruft (Hok et al., 2017) [25]. Die pontomedulläre Formatio reticularis spielt mutmaßlich eine Schlüsselrolle in der Physiotherapie durch Reflexlokomotion (Hok et al., 2017) [25].

Die Formatio reticularis reicht von der Medulla oblongata bis zum Diencephalon und bildet ein dichtes Geflecht aus Interneuronen und Axonen, wodurch ein diffuses neuronales Netzwerk entsteht, das aus den meisten Strukturen des zentralen Nervensystems Zuflüsse erhält. So erhält die Formatio reticularis neben zahlreichen anderen Zuflüssen spinale Afferenzen aus den Oberflächen- und Muskelrezeptoren (u.a. Tractus spino-reticularis) und kortikale Afferenzen aus Kortexfeldern, die an der Steuerung der Motorik beteiligt sind (z.B. Tractus cortico-reticularis) und cerebellären Afferenzen (Tractus cerebello-reticularis). Ziel der efferenten, langen und absteigenden reticulo-spinalen Bahnen sind spinale Alpha- und Gamma- Motoneurone, über welche sich die Formatio reticularis an der Aufrechterhaltung des Muskeltonus beteiligt und somit maßgeblich Haltung und Bewegung beeinflusst (Trepel, 1999) [81].

Es wird vermutet, dass die pontomedulläre Formatio reticularis an der Bewegungskontrolle beteiligt ist, da sie bereits vor Initiierung einer Fortbewegung in die Haltungskontrolle involviert ist, welche durch die Integration absteigender kortikaler Einflüsse und aufsteigender spino-retikulärer Eingänge erfolgt (Takakusaki et al., 2016) [77]. Um eine posturale Kontrolle zu erreichen benötigt das Individuum Pläne und Programme (angeborene Muster), die aufgabenspezifisch und automatisch Anpassungen der Bewegung und Regulierungen der Körperhaltung zusammenfügen (Massion, 1992) [42]. Bei Wirbeltieren beruhen diese zentralen Lokomotionsprogramme auf genetisch determinierten spinalen Schaltkreisen, dem sogenannten zentralen Bewegungsmustergenerator (engl. central pattern generator [CPG]), einer bestimmten Gruppe spinaler interneuronaler Netzwerke (Rossignol et al., 2006) [60]. Der CPG ist im Hirnstamm und im Rückenmark lokalisiert. Die Körperhaltung und der Gang bzw. die Gangart basieren auf automatischen spinalen motorischen Programmen, die durch eine supraspinale Kontrolle initiiert und reguliert werden (Jahn et al., 2008) [33]. Propriozeptive Hautafferenzen haben im Sinne eines Feedback-Mechanismus einen starken Einfluss auf den CPG, um die Bewegungsmuster dynamisch anpassen zu können (Rossignol et al., 2006 [60], Takakusaki, 2013) [76]. Das meiste Wissen bezüglich des hierarchischen Aufbaus der Netzwerke supraspinaler Lokomotionszentren wurde aus Tierexperimenten abgeleitet, die wiederum überwiegend an dezerebrierten Katzen durchgeführt wurden (Jahn et al., 2008) [33]. Es wird vermutet, dass die menschliche Lokomotion unter deutlich stärkerer supraspinaler Kontrolle steht, als die tierische Lokomotion (Takakusaki, 2013) [76]. Ein wesentlicher Unterschied besteht im bipedalen Gang des Menschen, wobei weitestgehend unbekannt ist, ob die Organisation supraspinaler Lokomotionskontrolle während des Übergangs vom vierfüßigen zum zweifüßigen Gang erhalten blieb (Jahn et al., 2008) [33].

In funktionellen MRT-Studien (fMRT) konnten mesencephale, subthalamische und cerebelläre Lokomotionsregionen beim Menschen als die wichtigsten subkorticalen Strukturen für die Haltungs- und Bewegungskontrolle bei Menschen visualisiert werden (Jahn et al., 2008) [33]. Schwierigkeiten bei der Abklärung von Bewegungsplanungen und Abläufen im fMRT stellen die technischen Probleme dar, da die Probanden nicht wirklich Gehen können und auch Bewegungen der unteren Extremität im MRT oft mit deutlichen Bewegungsartefakten assoziiert sind. Jahn und Kollegen griffen daher auf eine „mental imagery" Technik zurück, bei der sich die Probanden die Bewegungen (Stehen, Gehen, Laufen) lediglich gedanklich vorstellten und gingen von der Hypothese aus, dass bei einer sich vorgestellten Bewegung die gleichen neuronalen Prozesse aktiviert werden, wie bei einer tatsächlich ausgeführten Bewegung (Porro et al., 1996) [57].
Es wird postuliert, dass im Mittelhirn ein Lokomotionszentrum existiert, dem eine Schlüsselrolle in der menschlichen Fortbewegung und Kontrolle des haltungsbedingten Muskeltonus zugeschrieben wird (Takakusaki et al., 2016) [77]. Hok und Kollegen konnten jedoch nach Vojta-Therapie keine spezifischen Veränderungen im Bereich des Mittelhirns beobachten, wohl aber in der pontomedullären Formatio reticularis, was direkt mit den Effekten der therapeutischen Stimulation nach der Vojta-Behandlung in Verbindung gebracht werden konnte (Hok et al., 2017) [25]. Der mögliche positive Effekt der Vojta-Therapie auf das Lokomotionszentrum könnte eine Erklärung für die Verbesserung der posturalen Kontrolle und der motorischen Funktionsverbesserung durch Vojta-Therapie sein.
Literatur :

Vojta, V., Das Reflexkriechen und seine Bedeutung für die krankengymnastische Frühbehandlung [Reflex creeping as an early rehabilitation programme]. Z Kinderheilkd, 1968. 104(4): p. 319-30. [82]
Vojta, V., Reflex-Umdrehen als Bahnungssystem der menschlichen Fortbewegung [Reflex rotation as a pathway to human locomotion]. Z Orthop Ihre Grenzgeb, 1970. 108(3): p. 446-52. [86]
Hok, P., et al., Modulation of the sensorimotor system by sustained manual pressure stimulation. Neuroscience, 2017. 348: p. 11-22. [25]
Trepel, M., ed. Neuroanatomie: Struktur und Funktion. 2. komplett überarbeitete Auflage. ed. 1999, Urban & Fischer München Stuttgart Jena. [81]
Takakusaki, K., et al., Brainstem control of locomotion and muscle tone with special reference to the role of the mesopontine tegmentum and medullary reticulospinal systems. J Neural Transm (Vienna), 2016. 123(7): p. 695-729. [77]
Massion, J., Movement, posture and equilibrium: interaction and coordination. Prog Neurobiol, 1992. 38(1): p. 35-56. [42]
Rossignol, S., R. Dubuc, and J.P. Gossard, Dynamic sensorimotor interactions in locomotion. Physiol Rev, 2006. 86(1): p. 89-154. [60]
Jahn, K., et al., Imaging human supraspinal locomotor centers in brainstem and cerebellum. Neuroimage, 2008. 39(2): p. 786-92. [33]
Takakusaki, K., Neurophysiology of gait: from the spinal cord to the frontal lobe. Mov Disord, 2013. 28(11): p. 1483-91. [76]
Porro, C.A., et al., Primary motor and sensory cortex activation during motor performance and motor imagery: a functional magnetic resonance imaging study. J Neurosci, 1996. 16(23): p. 7688-98. [57]

1.2 Gibt es hinsichtlich der Wirkprinzipien Unterschiede in der Behandlung von Säuglingen und Kindern und Erwachsenen?

Da die exakte Wirkweise der Therapie nicht bekannt ist, sind Unterschiede in der Behandlung von Kindern oder Säuglingen zu Erwachsenen nicht zu benennen. Nach theoretischen Überlegungen könnte jedoch die Hirnplastizität einen Einfluss auf die Wirkweise in den unterschiedlichen Altersklassen haben.
Während der Entwicklung ist das Gehirn höchst plastisch, da neue Verknüpfungen im Überschuss ausgebildet und durch nutzungsabhängige Prozesse wieder beseitigt werden (Murphy und Corbett, 2009) [48]. Es wurden Parallelen zwischen der motorischen Erholung nach einem Schlaganfall und der Aneignung erlernter

Bewegungsmuster bei Kindern beobachtet (Cramer und Chopp, 2000; [8]; Hadders-Algra, 2018 [20]; Hedberg et al., 2004) [23], sodass die kortikale Reorganisation nach einer durch einen Schlaganfall bedingten Hirnverletzung mit derjenigen, die während der physiologischen Entwicklung stattfindet, verglichen werden kann (Murphy und Corbett, 2009) [48]. Es ist ausserdem bekannt, dass der cerebrale Kortex in der Lage ist, seine neuronalen Netzwerke zu reorganisieren, wobei allerdings unklar ist, wie diese Neuzuordnung der verlorenen Funktionen initiiert wird (Pekna M et al., 2012) [54]. Wenn der normale Zugang zu einer bestimmten Hirnregion des primären somatosensorischen Kortex durch eine Verletzung gestört ist, resultiert kurzfristig eine schnelle strukturelle und funktionelle Reorganisation in diesem Areal, die durch sensorische Stimulationen umgebender intakter Körperregionen aktiviert wird (Pekna M et al., 2012) [54]. Womöglich stellt die Vojta-Therapie einen solchen aktivierenden Stimulus dar.

Literatur:

Murphy, T.H. and D. Corbett, Plasticity during stroke recovery: from synapse to behaviour. Nat Rev Neurosci, 2009. 10(12): p. 861-72. [48]

Cramer, S.C. and M. Chopp, Recovery recapitulates ontogeny. Trends Neurosci, 2000. 23(6): p. 265-71. [8]

Hadders-Algra, M., Early human motor development: From variation to the ability to vary and adapt. Neurosci Biobehav Rev, 2018. 90: p. 411-427. [20]

Hedberg, A., H. Forssberg, and M. Hadders-Algra, Postural adjustments due to external perturbations during sitting in 1month-old infants: evidence for the innate origin of direction specificity. Exp Brain Res, 2004. 157(1): p. 10-7. [23]

Pekna M, Pekny M, and Nilsson M, Modulation of neural plasticity as a basis for stroke rehabilitation. Stroke, 2012. 43(10): p. 2819-28. [54]

1.3

Die Evidenz zu den der Vojta Therapie möglicherweise zugrunde liegenden Wirkmechanismen wurde bereits in den Fragen 1.1 und 1.2 berichtet. Auf die uns bekannte klinische Evidenz der Vojta Therapie gehen wir im Folgenden ein:

Die Reflexlokomotion nach Vojta ist als hilfreiches therapeutisches Verfahren zur Förderung der physiologischen Haltungskontrolle und der direkten Aktivierung der Atemmuskulatur bei Kindern mit spastischer Zerebralparese anerkannt und etabliert (Giannantonio et al., 2010 [13]; Ha und Sung, 2018 [16]; Jung et al., 2017 [34]; Lim und Kim, 2013 [40]; Novak I, 2013 [49]). Eine aktivierende Wirkung auf die Rumpfmuskulatur und die tiefen Muskeln der Rückenmuskulatur durch VojtaTherapie mit Besserung der Haltungskontrolle durch einen regulierenden Effekt der Rumpfstabilität und der Rumpfbeweglichkeit wurde beschrieben (Ha und Sung, 2016) [17]. Der Effekt der Vojta Therapie auf die Entwicklung der Grobmotorik bei Kindern und Säuglingen mit neuromotorischen Störungen wird aktuell in einer randomisierten klinischen Studie untersucht (Menéndez-Pardiñas, M.et al, 2023) [43]. Zunächst wurde Vojta-Therapie überwiegend bei Neugeborenen, Säuglingen und Kindern mit zentralen Koordinationsstörungen oder spastischen Bewegungsstörungen eingesetzt. Heutzutage ist Vojta-Therapie auch in der Behandlung erwachsener Patienten weit verbreitet, wobei es bezüglich neurologischer Erkrankungen Evidenz für Patienten mit Multipler Sklerose (Laufens et al., 1999; [39]; CarrataláTejada M. et al, 2022) [7] und für Patienten mit Querschnittslähmung (Kellner und Meiners, 2014; [37]; von Reumont, 2012) [89] (jeweils mit Nachweis eines positiven Effektes durch Vojta-Therapie) gibt. Bei Patienten mit Multipler Sklerose konnten mit Vojta-Therapie deutlich bessere Ergebnisse bei der Verbesserung des Gleichgewichts erzielt werden, verglichen mit anderen Techniken wie Gleichgewichts-, Core- oder Rumpfkontrollübungen (Carratalá-Tejada M. et al 2022 [7], SánchezGonzález JL et a., 2024 [63]) Bei Schlaganfall-Patienten zeigte eine randomisierte und kontrollierte Pilotstudie eine Besserung der posturalen Kontrolle und motorischen Armfunktion in der frühen Rehabilitation akuter Schlaganfall Patienten durch Vojta Therapie (Epple C et al, 2020 [10]). In einem aktuellen Review mit Metaanalyse wurde die gegenwärtig verfügbare Evidenz zur Vojta Therapie bei einer großen Bandbreite von Erkrankungen sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern analysiert (Sánchez-González JL et al., 2024) [63]. Es wurden 55 Studien in die qualitative Analyse und 18 in die Metaanalyse einbezogen. Trotz der qualitativ teils

eingeschränkten Evidenz zeigte sich in der Analyse ein potentieller Nutzen der Vojta- Therapie bei der Behandlung von Atemwegserkrankungen, neurologischen und orthopädischen Erkrankungen. Die systematische Übersichtsarbeit und Metaanalyse zeigte, dass die Vojta-Therapie ein wirksames Instrument zur Behandlung von Gleichgewichtsstörungen und Haltungskontrolle bei neurologischen Erkrankungen bei Erwachsenen sein kann.

Literatur:

Giannantonio, C., et al., Chest physiotherapy in preterm infants with lung diseases. Ital J Pediatr, 2010. 36: p. 65. [13]

Ha, S.Y. and Y.H. Sung, Effects of Vojta approach on diaphragm movement in children with spastic cerebral palsy. J Exerc Rehabil, 2018. 14(6): p. 1005-1009. [16]

Jung, M.W., et al., Vojta therapy and neurodevelopmental treatment in children with infantile postural asymmetry: a randomised controlled trial. J Phys Ther Sci, 2017. 29(2): p. 301-306. [34]

Lim, H. and T. Kim, Effects of vojta therapy on gait of children with spastic diplegia. J Phys Ther Sci, 2013. 25(12): p. 16058. [40]

Novak, I, Mcintyre, S, Morgan, C, Campbell, L, Dark, L, Morton, N, et al. A systematic review of interventions for children with cerebral palsy: state of the evidence. Develop Med Child Neuro. (2013) 55:885–910. [49]

Ha, S.Y. and Y.H. Sung, Effects of Vojta method on trunk stability in healthy individuals. J Exerc Rehabil, 2016. 12(6): p. 542-547. [17]

Menéndez-Pardiñas, M.; Alonso-Bidegaín, M.; Santonja-Medina, F.; Sánchez-González, J.L.; Sanz-Mengibar, J.M. Effects of Vojta Therapy on the Motor Function of Children with Neuromotor Disorders: Study Protocol for a Randomized Controlled Trial. J. Clin. Med. 2023, 12, 7373. [43]

Laufens, G., et al., Laufband- und Vojta-Physiotherapie an ausgewählten MS-Patienten - Ein Vergleich der Soforteffekte. Phys Rehab Kur Med, 1999. 9: p. 187-189 [39]

Carratalá-Tejada, M.; Cuesta-Gómez, A.; Ortiz-Gutiérrez,R.; Molina-Rueda, F.; Luna-Oliva, L.;Miangolarra-Page, J.C. ReflexLocomotion Therapy for Balance, Gait, and Fatigue Rehabilitation in Subjects with Multiple Sclerosis. J. Clin. Med. 2022, 11, 567. [7]

Kellner, L. and T. Meiners, Soforteffekt in der Veränderung der Gehfähigkeit bei Patienten mit Querschnittlähmung nach der Vojta Therapie, ermittelt durch evidenzbasierte Gehtests. 27. Jahrestagung der Deutschsprachigen Medizinischen Gesellschaft für Paraplegie e. V. DMGP. 1.-4.Juni 2014, Kloster Banz/Bad Staffelstein (DE), 2014. Abstract V 33: p. http://www.dmgp-kongress.de/fileadmin/congress/media/dmgp/impressionen/DMGP2014_Abstractband.pdf. [37]

von Reumont, A., Kombination von Laufbandtherapie und Physiotherapie nach Vojta bei akuter inkompletter Querschnittlähmung. Abstract beim Bundeskongress Physiotherapie September 2012 in Leipzig 2012., 2012 www.physio-deutschland.de/fileadmin/data/bund/events/BuKo2012/Abstracts/BuKo2012_Abstract_von_Reumont.pdf. [89]

Sánchez-González JL, Sanz-Esteban I, Menéndez-Pardiñas M, Navarro-López V and Sanz-Mengíbar JM. Critical review of the evidence for Vojta Therapy: a systematic review and meta-analysis. Front. Neurol.2024. 15:1391448. [63]

Epple, C, Maurer-Burkhard, B, Lichti, M-C, and Steiner, T. Vojta therapy improves postural control in very early stroke rehabilitation: a randomised controlled pilot trial. Neurol Res Pract. 2020; 2:23. [10]

Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten – IFK e.V.

1.1

Das Vojta-Konzept und seine Wirkprinzipien kann man wie folgt beschreiben:

Vojta-Konzept: Aus empirischen Beobachtungen entstandenes komplexes Diagnostik- und Behandlungsprinzip. Neurokinesiologische Untersuchungsmethode von Lagereaktionen und Reflexologie, die zur Früherkennung von motorischen Entwicklungsstörungen bei Säuglingen und Kleinkindern angewandt wird. Therapeutische Behandlung durch Reflexumdrehen, 1. Phase und 2. Phase (Ausgangsstellungen: Rückenlage, Seitenlage), Reflexkriechen (Ausgangsstellung: Bauchlage) mit Auslösung definierter Zonen an Extremitäten und Rumpf. (Quelle: Zalpour C. (2010). Springer Lexikon Physiotherapie. 1. Auflage 2010 Springer-Verlag Berlin Heidelberg, S. 1346) [91]

Reflexlokomotion:

Von Dr. V. Vojta entwickelts Aktivierungssystem, das über bestimmte Körperlagen und Auslösezonen von außen in Gang gesetzt wird und motorische Bestandteile der Bewegungsabläufe wie Greifen, Drehen, Robben, Krabbeln und Gehen enthält. In der Vojta-Therapie gibt es zwei Koordinationskomplexe: 1. Reflexumdrehen 2. Reflexkriechen.

(Quelle: Zalpour C. (2010). Springer Lexikon Physiotherapie. 1. Auflage 2010 Springer-Verlag Berlin Heidelberg, S. 1087) [91]

Reflexkriechen:

Gehört zum Fortbewegungskomplex der Vojta-Therapie und bezeichnet die Ausgangsstellung in Bauchlage, von der mit definierten Reizen die Therapie beginnt. Das Reflexkriechen ist ein Lokomotionskonzept aus der Stammesgeschichte (Phylogenese). Die Extremitäten übernehmen stützende sowie bewegende Funktion, der Rumpf bewegt sich nach vorne.

(Quelle: Zalpour C. (2010). Springer Lexikon Physiotherapie. 1. Auflage 2010 Springer-Verlag Berlin Heidelberg, S. 1087) [91]

Reflexumdrehen:

Gehört zum Fortbewegungskomplex der Vojta-Therapie und bezeichnet die Ausgangsstellung in Rückenlage bzw. Seitlage, von der mit definierten Reizen die Therapie beginnt. Wird in zwei Phasen unterteilt: 1. Phase: Ausgangslage Rückenlage, motorische Reaktion: Rücken richtet sich auf und wird Stützbasis, vertiefte Atmung, Bauchmusekln aktiviert mit Auswirkung auf Blase und Darm. 2. Phase: Ausgangslage Seitenlage; motorische Reaktion: untenliegende Extremitäten haben stützende Funktion, Bewegung des Körpers nach ventral kranial.

(Quelle: Zalpour C. (2010). Springer Lexikon Physiotherapie. 1. Auflage 2010 Springer-Verlag Berlin Heidelberg, S. 1088) [91]

Therapieprinzipien:

Es wird weder willentlich noch mit Aufforderung gearbeitet, sondern über Auslösezonen und Ausgangsstellung auf die im ZNS gespeicherten Haltungs- und Bewegungsabläufe reflexogen zugegriffen.

(Quelle: Zalpour C. (2010). Springer Lexikon Physiotherapie. 1. Auflage 2010 Springer-Verlag Berlin Heidelberg, S. 1346) [91]

1.2

Therapieziele:

Altersunabhängig und krankheitsbildübergreifend können Teilmuster geübt werden, die Inhalte des normalen Bewegungsablaufes sind; so können physiologische Bewegungsmuster pathologische ersetzen.

1.3

Sánchez-González JL, Sanz-Esteban I, Menéndez-Pardiñas M, Navarro-López V and Sanz-Mengíbar JM (2024) Critical review of the evidence for Vojta Therapy: a systematic review and meta-analysis. Front. Neurol. 15:1391448. doi: 10.3389/fneur.2024.1391448 [63]

Fünfundfünfzig Studien wurden in die qualitative Analyse und 18 in die Meta-Analyse einbezogen. Signifikante Unterschiede in der kortikalen Aktivität ($p = 0,0001$) und der Muskelaktivität ($p = 0,001$)

wurden bei Erwachsenen, die eine Vojta-Therapie (VT) erhielten, im Vergleich zur Kontrollgruppe festgestellt, ebenso wie beim Gleichgewicht von Personen mit Multipler Sklerose ($p < 0,03$). In der Meta-Analyse wurden keine signifikanten Unterschiede bei der Bewertung der grobmotorischen Funktion, der Sauerstoffsättigung, der Atemfrequenz, der Körpergröße und des Kopfumfangs bei Kindern festgestellt. Die Auswirkungen von Vojtatherapie auf die Grobmotorik waren im Vergleich zur Kontrollgruppe nicht signifikant (SMD = -0,02; 95% CI: -0,32 bis 0,27; n = 179; Z = 0,16; p = 0,87)

Igual Blasco, A.; Piñero Peñalver, J.; Fernández-Rego, F.J.; Torró-Ferrero, G.; Pérez-López, J. Effects of Chest Physiotherapy in Preterm Infants with Respiratory Distress Syndrome: A Systematic Review. Healthcare 2023, 11, 1091. https://doi.org/10.3390/ healthcare11081091 [28]

Die Analyse umfasste 10 Studien mit insgesamt 522 Teilnehmern (Frühgeborene). Die häufigsten Interventionen waren die konventionelle Brustphysiotherapie sowie die Stimulation der Brustzone nach Vojta. Zudem wurden Lungenkompression und ein gesteigerter exspiratorischer Fluss angewendet. Alle angewandten Techniken erwiesen sich jedoch als sicher. Positive Effekte wurden nach der konventionellen Physiotherapie, Vojtas Reflexumdrehen und Lungenkompression beschrieben. Besonders hervorgehoben wurden die Verbesserungen nach Vojtas Reflexumdrehen, die in vergleichenden Studien deutlich wurden.

Erdogan Kavlak, Ayse Unal, Fatih Tekin, Ahmed Ahmed Hamood Al Sakkaf. Comparison of the effectiveness of Bobath and Vojta techniques in babies with Down syndrome: Randomized controlled study. Ann Clin Anal Med 2022;13(1):3539 [36]

Die Bobath-Therapie (BT)-Gruppe umfasste 12 Babys (6 Mädchen, 6 Jungen), die Vojta-Technik (VT)Gruppe 11 Babys (4 Mädchen, 7 Jungen). Über einen Zeitraum von sechs Wochen erhielten die Babys insgesamt 12 Physiotherapie-Sitzungen, jeweils zweimal pro Woche. Alle Bewertungen wurden vor und nach der Therapie durchgeführt. Zur Beurteilung des motorischen Entwicklungsstands der Babys wurde die Alberta Infant Motor Scale (AIMS) verwendet, zur Einschätzung des emotionalen Zustands der Mütter die Beck-Depressionsskala (BDS) und zur Bewertung der Lebensqualität der Mütter das Nottingham Health Profile (NHP).

Das Durchschnittsalter der Babys sowie die AIMS-, BDS- und NHP-Werte waren vor der Therapie in beiden Gruppen ähnlich ($p>0,05$). Nach der Therapie wurde in beiden Gruppen eine signifikante Verbesserung der AIMS-Werte festgestellt (BT:$p=0,001$; VT: $p=0,001$). Die durchschnittliche Veränderung der AIMSWerte zwischen den Gruppen betrug 8,33±6,34 für die BT-Gruppe und 7,27±3,46 für die VT-Gruppe ($p>0,05$). Es wurde kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen hinsichtlich der Veränderungen der AIMS- ($p=0,629$), BDS- ($p=0,642$) und NHP-Werte ($p=0,726$) festgestellt.

Ha, S.-Y.; Sung, Y.-H. Vojta Therapy Affects Trunk Control and Postural Sway in Children with Central Hypotonia: A Randomized Controlled Trial. Children 2022, 9, 1470. https://doi.org/10.3390/children9101470 [19]

Therapie und in der Kontrollgruppe (n = 10) eine allgemeine Physiotherapie angewendet. Die Intervention erfolgte über einen Zeitraum von sechs Wochen mit drei Sitzungen pro Woche, jeweils 30 Minuten pro Sitzung. Bewertet wurden die Dicke der Bauchmuskulatur, die Rumpfkontrolle (segmentale Beurteilung der Rumpfkontrolle), der Rumpfwinkel und das Rumpfschwanken in sitzender Position sowie das Gross Motor Function Measure-88 (GMFM-88).

In der Experimentalgruppe (Vojta) nahm die Dicke des Musculus obliquus internus und des Musculus transversus abdominis signifikant zu ($p < 0,05$). Die Punktzahl in der segmentalen Beurteilung der Rumpfkontrolle erhöhte sich signifikant ($p < 0,05$), während das Rumpfschwanken signifikant abnahm ($p < 0,05$). Zudem zeigte sich eine signifikante Verbesserung im Gross Motor Function Measure-88 ($p < 0,05$).

Ha SY, Sung YH. Vojta Approach Affects Neck Stability and Static Balance in Sitting Position of Children With Hypotonia. Int Neurourol J. 2021 Nov;25(Suppl 2):S90-95. doi: 10.5213/inj.2142344.172. Epub 2021 Nov

30. Erratum in: Int Neurourol J. 2022 Sep;26(3):258. doi: 10.5213/inj.2221172.erratum. PMID: 34844391; PMCID: PMC8654318. [18]

Siebzehn Kinder mit Hypotonie wurden zufällig in die Vojta-Therapie-Gruppe (n=9) und die allgemeine Physiotherapie-Gruppe (n=8) eingeteilt. Jede Gruppe erhielt über einen Zeitraum von vier Wochen eine Intervention von 30 Minuten pro Sitzung, dreimal wöchentlich. Zur Messung der Dicke der tiefen Nackenbeugemuskulatur wurde eine Ultraschalluntersuchung durchgeführt, der Craniovertebral Angle (CVA)

wurde zur Beurteilung der Nackenausrichtung entlang des Wirbelsäulensegments verwendet, und das Balancia-Softwareprogramm diente zur Messung des statischen Gleichgewichts.

In der Vojta-Therapie-Gruppe nahm die Dicke der tiefen Nackenbeugemuskulatur signifikant zu (P<0,05), und der CVA verbesserte sich signifikant (P<0,05). Darüber hinaus zeigte sich eine signifikante Verbesserung der Wegstrecke im statischen Gleichgewicht (P<0,05).

Sung Y-H, Ha S-Y. The Vojta approach changes thicknesses of abdominal muscles and gait in children with spastic cerebral palsy: A randomized controlled trial, pilot study. Technology and Health Care. 2020;28(3):293-301. doi:10.3233/THC-191726 [75]

Die Vojta-Ansatz-Gruppe zeigte einen signifikanten Unterschied in der Dicke der Musculi rectus abdominis und obliquus externus abdominis, die an der Rumpfstabilität beteiligt sind ($p < 0,05$). Es gab zudem signifikante Unterschiede in der Schrittbreite, im Functional Ambulation Profile, in der Schwungzeit, der Standzeit und dem Einzelstützanteil des Gangzyklus sowie in der Fußdruckverteilung ($p < 0,05$).

Jung MW, Landenberger M, Jung T, Lindenthal T, Philippi H. Vojta therapy and neurodevelopmental treatment in children with infantile postural asymmetry: a randomised controlled trial. J Phys Ther Sci. 2017 Feb;29(2):301-306. doi: 10.1589/jpts.29.301. Epub 2017 Feb 24. PMID: 28265162; PMCID: PMC5332993. [34]

In einer randomisierten kontrollierten Studie wurde die Wirkung der Vojta-Therapie im Vergleich zur neurodevelopmentalen Therapie bei Säuglingen mit posturaler Asymmetrie untersucht. 65 Säuglinge mit posturaler Asymmetrie wurden rekrutiert. 37 Säuglinge im Alter von sechs bis acht Wochen (Durchschnitt 7,38) erfüllten die Einschlusskriterien und wurden zufällig in zwei Gruppen eingeteilt: 19 erhielten die Vojta-Therapie und 18 die neurodevelopmentale Therapie. Mittels einer standardisierten und verblindeten videobasierten Bewertung wurden die Einschränkung der Kopfrotation sowie die Konvexität der Wirbelsäule in Bauch- und Rückenlage vor und nach der Therapie beurteilt. Eine Reduktion der posturalen Asymmetrie um mindestens vier Punkte (Skalenbereich 20 Punkte) wurde als klinisch relevante Veränderung betrachtet. Im Durchschnitt wurde in beiden Gruppen innerhalb von acht Wochen eine Reduktion um vier Punkte erreicht. Ein mittlerer Unterschied (vorher-nachher) von −2,96 Punkten zugunsten der Vojta-Therapie wurde beobachtet.

DMGP

1.1

Zu 1.1. Wesentliches Prinzip der Vojta-Therapie ist die Induzierung von reflexbasierten Bewegungsabläufen durch Applikation von Druckstimuli (Berührungs- und propriozepzive Reize), um hierüber eine Spastikreduktion und eine Verbesserung der Motorik zu erreichen.

1.2

Zu 1.2 Die grundsätzlichen Wirkprinzipien der Vojta-Therapie sind im Wesentlichen unabhängig davon, ob es sich um Säuglinge, Kinder oder Erwachsene handelt.

1.3

Eine jüngst veröffentlichte systematische Übersichtsarbeit verschafft einen guten Überblick über Wirkprinzipien und Evidenz der Vojta-Therapie bei Säuglingen, Kindern und Erwachsenen: Sanchez-Gonzalez et al, Frontiers in Neurology, 2024 [63]. Ausserdem Novak et al, *Curr Neurol Neurosci Rep* 2020 [50]

Bobath Zukunft! e. V.

1.1

Die Vojta-Therapie basiert auf der Vorstellung eines hierarchisch organisierten Modells von Reifung und Entwicklung des menschlichen Zentralnervensystems (ZNS). Prof. Vojta ging von der Vorstellung aus, dass das kindliche motorische Nervensystem vorrangig reflexogen arbeite, streng hierarchisch organisiert sei und die funktionelle Entwicklung einem kontinuierlichen Prozess von Entwicklungsschritten in konstanter Reihenfolge unterliege (reflexogene Entwicklung – deterministisches Entwicklungskonzept). Dies impliziert die Vorstellung, dass basale Bewegungsprogramme (pattern) erst stufenweise durchlaufen sein oder wiederholt stimuliert werden müssen, bevor reifere Stadien der Bewegungsentwicklung erreichbar sind. So entwickelte sich das Prinzip der sog. „Reflexlokomotion“: In bestimmten gehaltenen Ausgangspositionen – „Reflexkriechen“ in Bauchlage, „Reflexumdrehen“ in Rücken- oder Seitlage – werden genau festgelegte Stimulationszonen an Rumpf, Armen und Beinen in dreidimensionaler Richtung manuell gedrückt, um damit einen propriozeptiven Reiz zu setzen und genau definierte motorische Reaktionen auszulösen (Vojta und Peters 2007). [87]

Prof. Vojta nahm an, dass es beim Patienten durch wiederholtes Auslösen dieser „reflexartigen“ Bewegungen zu „Freischaltungen“ oder „Neubahnungen“ innerhalb funktionell blockierter nervlicher Netzwerke zwischen Gehirn und Rückenmark kommt. Quelle: https://www.vojta.com/de/vojta-prinzip/vojta-therapie.com - (abgerufen am 31.05.2025) [30]. Damit verbunden war das Postulat eines „heilenden“ Effekts dieses therapeutischen Vorgehens. Die Übungen sollten deshalb mit den Patienten repetitiv mehrmals täglich (optimalerweise mindestens 4x/d) durch ein Elternteil bzw. den Partner wiederholt durchgeführt werden.

Der Therapieschwerpunkt liegt auf der Körperfunktionsebene (ICF). Hypothetische Annahme: Wenn die motorische Entwicklung bei Risiko-Kindern in die richtigen Bahnen gelenkt sei, würden sich daraus auch positive Effekte für andere Entwicklungsbereiche ergeben.

Weitere neurobiologische Wirkprinzipien zur motorischen Entwicklung des Kindes oder Reorganisation motorischer Funktionen beim Erwachsenen bleiben in der Begründung der Vojta-Therapie unberücksichtigt. (Ausführungen dazu siehe 2.1 a – 2.1 d)

Literatur:

Vojta V. und Peters A. (2007). Das Vojta Prinzip: Muskelspiele in Reflexfortbewegung und motorische Ontogenese. Springer Verlag Berlin [87]

Vojta V. (1981). Die zerebralen Bewegungsstörungen im Säuglingsalter – Frühdiagnostik und Frühtherapie. 3. Neubearbeitete Aufl. Enke Verlag Stuttgart [85]

1.2

Hinsichtlich der postulierten Wirkprinzipien gibt es nach unserem Wissen keine Unterschiede.

Allerdings gilt es zu bedenken, welchen kritischen Nebeneffekt die am Kind erfolgten Therapiemaßnahmen im subjektiven Erleben des Kindes hinterlassen können. Wir wissen, dass beim jungen Kind bereits früh erlebte sensorische Empfindungen im sog. limbischen System eng mit dem emotionalen Erlebenskontext verknüpft werden und darüber eine subjektive Wertung und emotionale Prägung erhalten („emotionales Erfahrungsgedächtnis“). Sie sind einer bewussten kognitiven Verarbeitung und Reflexion, zu der das ältere Kind oder der Erwachsene vielleicht fähig ist, noch nicht zugängig.

Neurophysiologische Erklärung: Das kindliche Gehirn leitet jeden erfahrenen peripheren Sinnes-Reiz (Geruch, Geschmack, Berührung, Körperkontakt u.a.) assoziiert auf dem Weg zum Thalamuskern („Tor zum Bewusstsein“) ins limbische System. Das limbische System erfüllt die Aufgabe, zu entscheiden, in welchem emotionalem (affektivem) Zustand eine bestimmte sensorische Erfahrung erlebt wird. Dort wird der empfundene Reiz zusammen mit dem primären Erlebenskontext gespeichert und emotional als angenehm und nach Wiederholung strebend bewertet oder als unangenehm, Stress-assoziiert und daher als zu vermeidende bzw. abzuwehrende Erfahrung eingeordnet. Durch diese subjektiv erlebte Konnektion wird jeder empfundene Sinnes-Reiz im ZNS zur individuellen, subjektiv geprägten SinnesWahrnehmung. Dieses frühe Erleben prägt sich beim Kind bereits in das unterbewusste emotionale Erfahrungsgedächtnis ein. Über den sog. Hippocampus

werden die erfolgten emotionalen Zuschreibungen und Benotungen in das Langzeitgedächtnis überführt und im autobiographischen Gedächtnis gespeichert.

Literatur:

Michaelis R., Niemann G. (2010). Entwicklungsneurologie und Neuropädiatrie, 5. Aufl.; Thieme Verlag Stuttgart. S. 22-33 [44]

Bear M.F., Connors B.W., Paradiso M.A. (2009) Neurowissenschaften. Ein grundlegendes Lehrbuch für Biologie, Medizin und Psychologie. 3. Aufl. Spektrum Akademischer Verlag Heidelberg. Bes. Kapitel 14 und 15 [3]

1.3

Der postulierte „kurative" Effekt konnte bislang weder klinisch noch wissenschaftlich eindeutig belegt werden. Das menschliche Gehirn ist zu komplex angelegt, um sich ausschließlich auf reflektorischer Ebene erklären zu lassen.

VIFF-BV

1.1

Durch die Vojta-Therapie wird vorrangig die autochtone Rückenmuskulatur und die Bauchmuskulatur gestärkt. Dadurch kann der Bewegungsfreiraum und -Qualität des Rumpfes und der Extremitäten verbessert werden.

1.2

Es gibt keine Unterschiede

1.3

Sánchez-González JL, Sanz-Esteban I, Menéndez-Pardiñas M, Navarro-López V and Sanz-Mengíbar JM (2024) Critical review of the evidence for Vojta Therapy: a systematic review and meta-analysis. Front. Neurol. 15:1391448. doi: 10.3389/fneur.2024.1391448 [63]

VIFF-Sachsen Lebenshilfe Dresden

1.1

Reflektorische Bahnung und Abrufbarkeit der motorischen Bewegungsmuster, Anregung angeborener gespeicherter Bewegungsmuster

1.2

Dosierung,Ausgangsstellung,Kognition,Ansprache

1.3

Diese Unterfrage wurde nicht beantwortet

DGOU

1.1

Die Vojta-Therapie basiert auf dem Prinzip der Reflexlokomotion und aktiviert über bestimmte definierte Reflexpunkte am Körper die Bewegungsmuster Reflexumdrehen und Reflexkriechen. Ihre Indikation erstreckt sich auf Kinder- und Jugendliche und Erwachsene mit neuromuskulären Erkrankungen, insbesondere spastische Bewegungsstörungen, kann aber auch zur motorischen Entwicklungsförderung bei sonst gesunden Säuglingen und jungen Kleinkindern eingesetzt werden. Beide Wirkmechanismen oder Wirkprinzipien sind für die Behandlung von Erkrankungen des zentralen Nervensystems (einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen) relevant.

1.2

Grundsätzlich bestehen keine Unterschiede der Wirkprinzipien zwischen Säuglingen und Kleinkindern und Erwachsenen. Bei Neugeborenen können vollständige Aktivierungen schon aus einer Körperzone heraus gelingen, während bei älteren Kleinkindern und Erwachsenen eine Kombination mehrerer Druckpunkte nötig ist.

Die Vojta-Therapie ist immer eine kombinierte Therapie durch den Therapeuten und die häusliche Bezugsperson, die sich bei Kindern und Erwachsenen in der Regel unterscheidet.

1.3

Für die Wirksamkeit der Vojta-Therapie gibt es mittlere bis gute Evidenz (Stufe 2 bis 3).

Quellen:

Kanda et al: Motor outcome differences between two groups of children with spastic diplegia who received different intensities of early onseet physiotherapy followed for 5 years Brain Dev 2004; 26: 118-126 [35]

Sung, YH, H, SY: The Vojta approach changes thickness of abdominal muscles and gait children with spastic cerebral palsy: a randomized controlled trial, pilot study. Technol Health Care 2020; 28: 293-301 [75]

Epple, C et al: Vojta therapy improves postural control in very early stroke rehabilitation: a randomised controlled pilot study. Neurol Res Pract 2020; 2: 23 [10]

Eine weitere Studie mit höchstem Evidenzlevel ist offenbar begonnen, publiziert ist ledigich das Studienprotokoll:

Menéndez-Pardinas, M et al: Effects of Vojta therapy on the motor function of children with neuromotor disorders: study protocol for a randomized controlled trial. J Clin Med 2023; 12: 7373 [43]

Physio-Deutschland

1.1

Durch seine Beobachtungen in den 50er Jahren schlussfolgerte Prof. Dr. Vojta, dass komplexe Bewegungsmuster auf ein angeborenes artspezifisches Fortbewegungs- und Aufrichtungsprogramm zurückzuführen sind.

Dieses beinhaltet

- die Steuerung der Körperlage im Raum
- die Aufrichtung gegen die Schwerkraft
- eine zielgerichtete Bewegung (Greifen, Fortbewegen)

Durch die Therapie wird das gesamte Innervationsgebiet des Organismus angesprochen (motorische Zentren, autonomes Nervensystem, Sensorik, propriozeptives System).

Relevant ist die gezielte Aktivierungsmöglichkeit der neuronalen Strukturen über das Bahnungssystem der Afferenzen und Efferenzen.

Über das Stimulieren/Aktivieren definierter Zonen in genau festgelegten Ausgangsstellungen wird ein Zugang zum ZNS geschaffen (das Potential des ZNS wird komplett ausgeschöpft), um diese angeborenen, globalen Muster (bestehend aus vielen Teilmustern) „abzurufen".

Je nach Diagnose und Schädigungsgrad sind die Patienten nicht in der Lage, diese Muster vollständig und oder teilweise abzurufen und es kommt zu Kompensationsmustern in der Spontanmotorik.

Dem "gestörten" ZNS wird über die Bahnung physiologischer Muster ein entsprechend Aktivationszustand zur Speicherung angeboten, der im weiteren Verlauf in der Spontanmotorik zur Verfügung stehen soll.

Die genau definierten und erwarteten Bewegungsantworten und vegetativen Reaktionen erlauben Rückschlüsse über den Erfolg und Verlauf der Therapie. Es bedarf nicht der Willkürmotorik des Patienten („Alleinstellungsmerkmal").

1.2

Die „Ansprache" des ZNS ist in jedem Alter/Zustand gegeben. Daher ist die Behandlung von Säuglingen und schwerst neurologisch betroffenen Patienten, die selbst keinen Zugang zu einer eigenen Motorik haben, möglich. Im Fokus steht die Frühbehandlung.

Das Zeitfenster der Reorganisation ist bei angeborenen (im 1.Lebensjahr) als auch erworbenen Schädigungen (Frühphase nach Eintritt eines Traumas) entscheidend. Sobald sich eine deutliche Ersatzmotorik etabliert hat, ist der Zugang zu den angeborenen, physiologischen Mustern erschwert. Während man in der Frühtherapie besonders die Neuroplastizität des kindlichen ZNS „ausnutzt", steht der Fokus im Erwachsenenbereich auf dem Zugriff ehemals physiologischer Haltungs - und Bewegungsmuster. Die neuronale Plastizität im Erwachsenenalter

ist ein wichtiges Thema in der Neurowissenschaft. Obwohl die Kapazität zur synaptischen Plastizität und damit auch zum Lernen und Erinnern, nicht das ganze Leben lang konstant bleibt, kann sie weiterhin aktiv genutzt werden. Es wird gemeinsam mit dem Patienten ein individuelles Therapieziel definiert, um eine bestmögliche Alltagskompetenz und Teilhabe zu erarbeiten. Bei leicht bis mittelschwer betroffenen kommt es über die Aktivierung der Reflexlokomotion zu einer reduzierten Ausprägung der Ersatzmotorik. Die individuelle Alltagskompetenz ist umfangreicher umsetzbar. Sekundärprobleme wie Schmerzen, Kraftminderung, funktionelle Einschränkungen (Gelenkprobleme etc.) sollen reduziert bzw. minimiert werden. Die durch die Aktivierung zu beobachtenden positiven Effekten (wie verbesserte Motivation, Ausdauer, Sprachanbahnung, Sensorik etc.) lassen auf einen Einfluss höherer kortikaler Strukturen schließen.

1.3

Sánchez-González JL, Díez-Villoria E, Pérez-Robledo F, Sanz-Esteban I, Llamas-Ramos I, Llamas-Ramos R, de la Fuente A, Bermejo-Gil BM, Canal-Bedia R, Martín-Nogueras AM. Synergy of Muscle and Cortical Activation through Vojta Reflex Locomotion Therapy in Young Healthy Adults: A Pilot Randomized Controlled Trial. Biomedicines. 2023 Dec 1;11(12):3203. doi: 10.3390/biomedicines11123203. PMID: 38137425; PMCID: PMC10740470. [62]

Hok, P., Opavský, J., Labounek, R., Kutín, M., Šlachtová, M., Tüdös, Z., Kaňovský, P., & Hluštík, P. (2019). Differential Effects of Sustained Manual Pressure Stimulation According to Site of Action. Frontiers in neuroscience, 13, 722. https://doi.org/10.3389/fnins.2019.00722 [26]

DGPTW

Die wesentlichen Wirkprinzipien der Vojta-Therapie sind in Hummelsheim 1993 geschildert: „Die VojtaMethode verwendet frühkindlich vorkommende typische Reflexmuster, um darauf aufbauend verlorengegangene motorische Funktionen zu aktivieren. Aus bestimmten Ausgangslagen werden an definierten Körperzonen, typischerweise an Extremitäten oder Rumpf, kutane oder Muskeldehnungsreize gesetzt. Dadurch sollen Haltungsänderungen oder Bewegungen ausgelöst werden, die dem Grundmuster des "Reflexkriechens" oder "Reflexumdrehens" entnommen sind. Die Vojta-Methode geht davon aus, daß diese motorischen Grundmuster genetisch im Zentralnervensystem jedes Menschen programmiert sind. In der natürlichen motorischen Entwicklung und in der Rehabilitation von Patienten mit zentralen Paresen soll der Erwerb oder Wiedererwerb motorischer Fertigkeiten auf diesen Grundmustern aufbauen. Prinzipiell soll der Patient selbst lernen, die Auslösemechanismen einzusetzen, um seine motorischen Funktionen jederzeit reproduzierbar zu aktivieren.“ (S. 213)

1.1

Ob die o.g. Wirkprinzipien relevant sind, ist unklar. Gajewska et al. 2018 versuchten, relevante Wirkprinzipien zu ermitteln.

1.2

Obwohl uns dazu keine explizite Evidenz bekannt ist, gehen wir davon aus, dass keine Unterschiede existieren.

1.3

Gajewska 2018: http://dx.doi.org/10.1016/j.jbmt.2017.07.002 [11]

Hummelsheim 1993: **Neurophysiologische Grundlagen krankengymnastischer Übungsbehandlung bei Patienten mit zentralen Hemiparesen.** *Fortsehr. Neurol. Psychiat.* 61:208-16 [27]

Bobath-Vereinigung_Wissenschaftsbeirat

1.1 1.2

Diese Unterfragen wurden nicht beantwortet.

1.3

Leider verfüge ich auf dem Gebiet der Neuropädiatrie nicht über eigene Erfahrungen und muss daher meine Einschätzung aus meinen Kenntnissen der Behandlung erwachsener Patient*innen mit erworbenen ZNS-Läsionen ableiten.

Die Vojta-Methode verfügt in meiner Kenntnis weder für die Anwendung bei Erwachsenen noch bei Kindern und Säuglingen mit ZNS-Läsionen oder neuromuskulären Erkrankungen über einen schlüssigen Wirksamkeitsnachweis. Neben dem Nachweis der Wirksamkeit sollten allen therapeutischen - nicht nur übenden, sondern z.B. auch pharmakologischen - Interventionen ein physiologisches Modell ihrer Wirksamkeit zugeordnet werden können. Bei Interventionen, die bei Patient*innen mit ZNS-Läsionen angewendet werden, wurde das physiologische Wirksamkeitsmodell in der Regel mit elektrophysiologischen Methoden oder mit funktioneller Bildgebung erarbeitet. Dies hat bei der Vojta-Methode nicht stattgefunden.

Bobath-Vereinigung_Therapeut

1.1

Bahnung von komplexen Bewegungsmustern.

1.2

Es gibt Unterschiede in der Behandlung von Erwachsenen und Säuglingen, die Positionen und Druckpunke sind dieselben.

1.3

Ich kenne keine Studien dazu.

VAKJP

Die Vojta-Therapie gehört nicht zu den von uns selbst verwendeten Verfahren, sie ist kein Bestandteil der tiefenpsychologisch fundierten oder analytischen Psychotherapie. Wir können uns in dieser Stelleungnahme daher ausschließlich auf psychodynamische Auswirkungen der Vojta-Therapie beziehen, wie wir sie an unsere kleinen Patient:innen und ihren Beziehung zu den relvanten Bezugspersonen, die die Vojta-Therapie mit ihnen durchführen, beobachten oder die uns in Erfahrungsberichten geschildert wurden. Nach unserer Kenntnis gibt es keine belastbaren Untersuchungen bzgl. der psychischen Effekte.

Nach unserer Kenntnis beruht die Vojta-Therapie auf der Annahme, dass durch gezielte Reizung bestimmter Zonen sogenannte „Reflexlokomotionen“ ausgelöst werden können. Diese motorischen Muster sollen zentralnervös gespeichert sein und auch bei neurologisch beeinträchtigten Personen reaktivierbar sein.

1.1

Relevanz für zentrale Nervensystemerkrankungen

Die Methode wird zur Unterstützung motorischer Entwicklung bei infantiler Zerebralparese, spasti-schen Lähmungen oder anderen zentralnervösen Schädigungen eingesetzt. Aus psychodynamischer Sicht stellt sich hier die Frage, wie sich solche repetitiven, passiv ausgelösten Bewegungen auf das entstehende Körperselbst und die Affektregulation auswirken – insbesondere, wenn sie nicht subjektiv eingebettet oder psychisch mentalisiert werden können.

1.2

Altersabhängige Unterschiede

Bei Säuglingen und Kleinkindern ist die psychische Strukturreife noch nicht vorhanden, um das Verfahren kognitiv oder symbolisch zu verarbeiten. Anders als Erwachsene können sie die körperlichen Eingriffe nicht als therapeutisch verstehen. Dies birgt Risiken der Überforderung, Affektdesintegra-tion und Irritation der frühen Objektbeziehungserfahrung.

1.3

Evidenzlage

Die wissenschaftliche Evidenz für die Wirksamkeit der Vojta-Therapie ist insgesamt begrenzt. Me-thodisch hochwertige Studien mit belastbaren Langzeitdaten fehlen weitgehend. Insbesondere psy-chische Effekte – etwa auf Bindungsverhalten, Affektregulation und Beziehungserfahrungen – wur-den bislang kaum untersucht.

Wir werden uns bei der Beantwortung der Fragen unserer fachlichen Expertise entsprechend, auf die Beantwortung der Fragen in Teil II fokussiern.

DGNR

Die DGNR bedankt sich für die Möglichkeit zu einer Stellungnahme zum Verbleiben der Vojta-Therapie im Leistungskatalog der „KG ZNS“ .

Wie Sie aus den nachfolgenden Erläuterungen entnehmen können, ist die Position der DGNR zur Vojta-The-rapie bei Kindern negativ bis ablehnend. Einerseits ist sowohl die neurobiologische Grundlage dieser Thera-pie wie auch die heute verfügbare Evidenzlage negativ. Hinzu kommt, dass es viele Hinweise darauf gibt, dass die Anwendung der Vojta-Therapie auch negative Auswirkungen insbesondere auf die psychosoziale Situation der betroffenen Patienten, eingebettet auch in ihre familiären Strukturen, haben kann. Andererseits sind wir uns bewusst, dass viele Betroffene und Angehörige subjektiv gute Erfahrungen mit dieser The-rapie gemacht haben. Als Fachgesellschaft stellen wir allerdings auch die Frage, was an die Stelle einer solchen seit Jahrzehnten benutzten und abrechenbaren Therapieform treten kann. Es steht für uns außer Frage, dass gerade Kinder und Jugendliche mit zerebralen Schädigungen oder einem Risiko hierfür einer sinnvollen sensomotorischen und auch kognitiven Therapie bedürfen. Ebenfalls muss die Familie im Sinne von „Coaching“ im Umgang mit der Situation begleitet werden.

Wir müssen festhalten, dass es heute hervorragende, evidenzbasierte Alternativen zur Vojta-Therapie gibt, die aber bisher leider nicht in ausreichendem Umfang Eingang in Leistungskataloge gefunden haben. Dies hat die Konsequenz, dass Ressourcen fehlgeleitet werden in nicht wirsamkeitsgesicherte Kanäle. Daher wäre es aus Sicht der DGNR geboten, die vielfältigen modernen evidenzbasierten therapeutischen Verfahren im Gegensatz zu den klassischen an „Schulen“ orientierten Verfahren (wie Vojta, PNF oder auch Bobath) einzu-setzen. Speziell die DGNR hat eine langjährige Expertise in der Erstellung evidenzbasierter Leitlinien insbesondere in der multiprofessionellen, therapeutischen Behandlung neurologischer Erkrankungen. Daher ist sie gerne bereit, einen solchen Weg zu begleiten.

1.1

Das Wirkprinzip der Vojta-Therapie beruht auf einem (unbewiesenen und mit aktuellen entwicklungsneurologischen Kenntnissen nicht zu vereinbarenden) reflexphysiologischen Ansatz. Es wird davon ausgegangen, dass durch die taktile Stimulation bestimmter Körperabschnitte automatische reflexhafte Bewegungsabläufe abgerufen werden können (Reflexkriechen, Umdrehen, Aufrichten etc). Es wird weiter davon ausgegangen, dass durch die reflexhafte Anbahnung motorische Abläufe reorganisiert werden können, oder im Fall einer möglichen frühkindlichen Schädigung natürliche motorische Muster reetabliert werden können. Dabei handelt es sich um eine rein passive Anbahnung von Bewegungen. Aspekte der Optimierung von Bewegungsabläufen zum Beispiel durch motorisches Lernen finden keine Berücksichtigung.

1.2

Ein weiteres unbewiesenes und ebenfalls mit moderner Entwicklungsneurophysiologie nicht vereinbares Postulat ist, dass durch diesen Ansatz vermeintlich hierarchisch abgestufte Entwicklungschritte evoziert werden, die nur in einer starren hierarchischen Sequenz abgerufen werden dürfen. Für Kinder bedeutet dies, dass Entwicklungsschritte wie z.B. Gehen verhindert werden, weil diese noch nicht krabbeln. Diese Annahmen werden auch auf Erwachsene übertragen, ohne dass uns dazu eine Rationale bekannt wäre.

1.3

Es gibt verschiedene, vorwiegend an Erwachsenen durchgeführte Studien, die Unterschiede der VojtaTherapie zu „Schein"-Behandlungen in neurophysiologischen Parametern wie Muskelaktivität (EMG) und/oder Hirnaktivität zeigen. Es ist aber unklar, ob diese neurophysiologischen Unterschiede auch klinisch meßbare und relevante Verbesserungen nach sich ziehen.

Literatur:

Sanz-Esteban, I., Cano-de-la-Cuerda, R., San-Martín-Gómez, A., Jiménez-Antona, C., Monge-Pereira, E., Estrada-Barranco, C., García-Sánchez, P.C., Serrano, J.I., 2021. Innate Muscle Patterns Reproduction During Afferent Somatosensory Input With Vojta Therapy in Healthy Adults. A Randomized Controlled Trial. IEEE Transactions on Neural Systems and Rehabilitation Engineering 29, 2232–2241. https://doi.org/10.1109/TNSRE.2021.3120369 [65]

GNP

Nach eigener Darstellung durch die internationale Vojta Gesellschaft (IVG) basiert die Volta Therapie auf der gezielten Aktivierung von „Reflex"-Bewegungsmustern durch Reizsetzung an definierten Zonen. Zeit ist die „Aktivierung zentral koordinierter Bewegungsmuster" zur Förderung motorischer Kontrolle. Dies wird als Reflex-Lokomotion bezeichnet. Reflex bezeichnet dabei nicht den klassischen Muskel-Eigenreflex oder die aus der neurologischen Untersuchung gemeinhin bekannten Fremdreflexe sondern „das immer gleiche, automatische Bewegungsmuster auf einen therapeutisch gesetzten Reiz hin". Vojta nutzte dabei Forschungsergebnisse vieler Wissenschaftler und entwickelte daraus seine eigene Behandlungsmethode.

Folgende Prinzipien (zu verstehen zunächst nur als neurophysiologische Vorgänge, die bei einer Vojtatherapie zum Tragen kommen. Ob es sich dann auch um eine Wirkprinzip handelt hängt vom Ergebnis klinischer Studien ab, s. Punkt 1.3) liegen unserer fachlichen Ansicht nach zu Grunde:

- Grundlegende Prinzipien spinaler Reflexe und der segmentalen Organisation des Rückenmarks.
- Sog. Central Pattern Generators (CPGs). Diese wurden im Tierversuch bereits Anfang des 20. Jahrhunderts beschrieben (z.B. Brown 1911). [6] Minassian (2017) [46] beschreibt CPGs wie folgt: rhythmic motor output recorded from ventral roots or peripheral nerves With flexor-extensor and left-right alternations in the absence of descending neural inputs or peripheral feedback cues. Klinisch sieht man an Schreitbewegungen erinnernde Bewegungen (fiktive Lokomotion). Ihre Existenz und Funktion im Menschen ist bis heute Gegenstand der Forschung und beruht vor allem auf Ergebnissen durch epidurale elektrische Stimulation (Minassian 2023) [45]
- Posturale Reflexe, wie sie bei Neugeborenen auftreten.

Welche dieser — und möglicherweise anderer, hier nicht beschriebener Prinzipien - in der Anwendung der VojtaMethode eine Rolle spielen, und falls therapeutische Effekte zu beobachten sind (s. 1.3) auf welchem exakten Wirkprinzip diese beruhen ist nach unserer Meinung auf dem Boden der derzeit vorliegenden Studien nicht schlüssig zu beantworten und über das Stadium von Hypothesen kaum herausgekommen. Eine Übersicht ist in einer kürzlich veröffentlichten Meta-Analyse erstellt worden (Sánchez-González 2024) [63]

1.1

Es ist eher fraglich und unbewiesen, dass die genannten Prinzipien für die Behandlung von Erkrankungen des ZNS von Relevanz sind. Am ehesten scheinen nach derzeitigem Stand der Wissenschaft Stimulationsprotokolle zur elektrischen Stimulation nach Verteuungen des Rückenmarks einen möglichen Behandlungsansatz zur funktionellen Nutzung der CPGs zu versprechen- Speziell und auch mit der Kenntnis der CPG wurden Gangroboter wie der Lokomat® entwickelt mit dem Ziel, das eigenständige Gehen des Patienten gezielt darüber stimulieren und fördern zu können. Stand heute ist dieser Ansatz bei vollständiger Querschnittslähmung beim Menschen nicht erfogreich und auch nicht mehr indiziert. Beim Schlaganfall und bei Kindern mit Cerebralparese (CP) liegen klinische Ergebnisse vor, die eine Wirksamkeit untermauern. Die Ergebnisse unterscheiden sich jedoch nicht sehr wesentlich von den Ergebnissen der konventionellen Gangtherapie und haben wahrscheinlich

weniger mit spezifischen CPG-Effekten zu tun als vielmehr mit der allgemeinen Therapieintensität, die sich nachweislich auf das Behandlungsergebnis auswirkt. In der Vojta-Therapie ist weder eine epidurale Stimulation noch ein robotergestütztes Laufbandtrainiung Inhalt des Therapiemodells. Der Vojta-Ansatz arbeitet nach Darstellung der IVG ausschliesslich mit den Eingangs genannten Prinzipien und Methoden und lehrt in seinen Kursen auch nur diese.

1.2

Es bestehen keine Unterschiede soweit uns das aus der Literatur bekannt ist. Nichtsdestotrotz werden Erwachsenen-Kurse und Kinder-Kurse getrennt angeboten. Wo genau die Unterschiede liegen, können wir mit unserer Expertise „nur" in der Kinderneurologie nicht abschließend beantworten.

1.3

Evidenz für die Wirksamkeit bei Kindem zur Verbesserung ihrer Mobilität liegt nach der MetaAnalyse von Sánchez-González (2024) [63] nicht vor. Die Therapie ist nach aktuellem Forschungsstand im Abbild der wenigen kontrollierten Studien die vorliegen als ineffizient zu beurteilen. Das von der IVG postulierte Ziele der Behandlung:

- Aktivierung und Erhaltung physiologischer Bewegungsmuster
- Rückführung und Integration nicht fixierter abnormer Bewegungsmuster in normalmotorische Abläufe kann im Abbild der Studienergebnisse im Abbild der RCT nicht erreicht werden, was einen Therapieerfolg im Einzelfall nicht ausschließt. Eine „vollkommene Beherrschung der willkürlichen Bewegung" als Ziel anzugeben unter Nicht-Beachtung der biologischen Grundlagen wie Lokalisation und Ausmass einer Schädigung widerspricht dem Stand der Wissenschaft und dem Verständnis heute erreichbarer plastischer, durch Therapie induzierbarer Veränderungen.

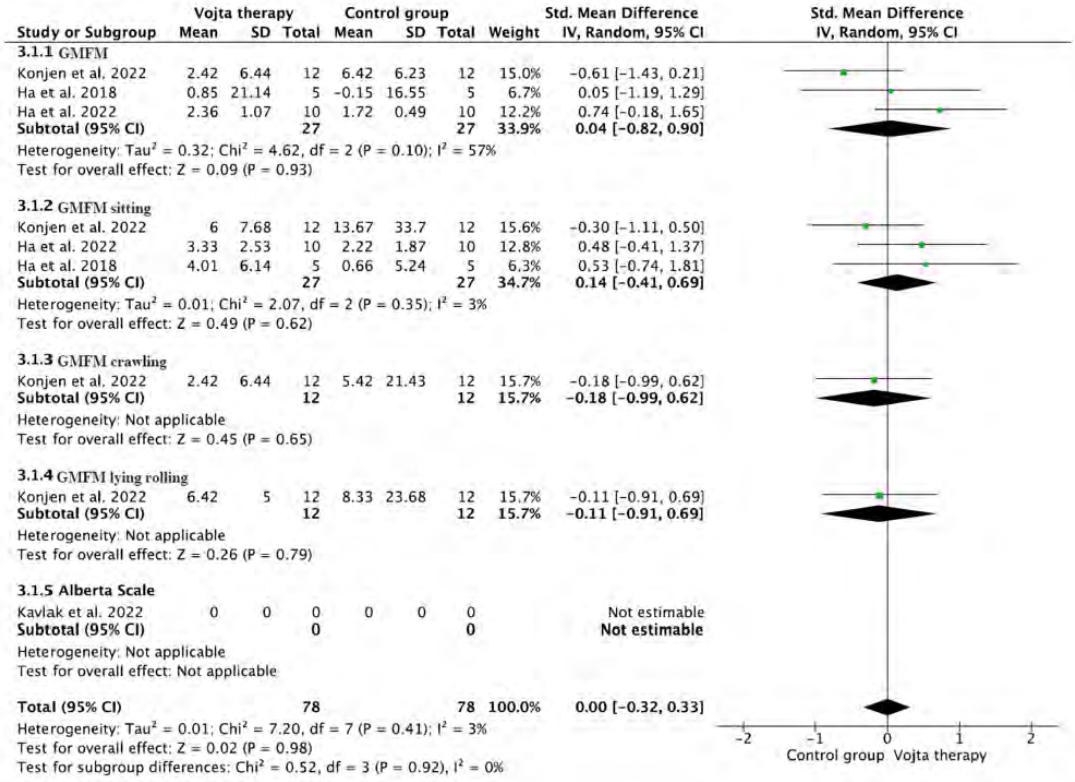
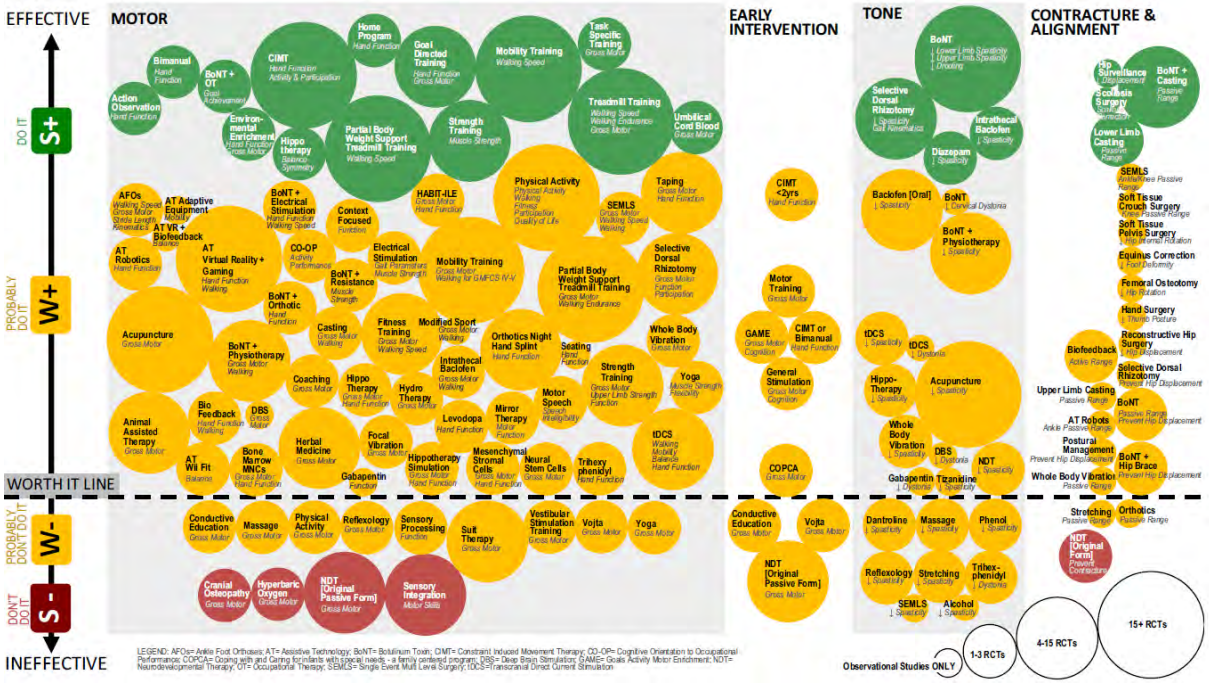


FIGURE 9
Effects of Vojta Therapy compared to control on gross motor function in pediatric patients with neurological disorders. Forest plot of the results of a random-effects meta-analysis shown as standardized mean differences (SMD) with 95% confidence interval (CI). The shaded square represents the point estimate for each individual study and the study weight in the meta-analysis. The diamond represents the overall mean difference of the studies. GMFM = Gross Motor Function Measure.

(**Anmerkung FBMed**: siehe Figure 9 in [63])

Die Vojta Therapie wird in einer weiteren Meta-Analyse, die sich mit der Evidenz von Therapie zur Behandlung von Kindern mit Cerebralparesen beschäftigt, in die Gruppe der Therapien klassifiziert, die "wahrscheinlich nicht gemacht" werden sollten, sowohl wenn es unter dem Blickwinkel der frühen Intervention als auch unter dem Blickwinkel zur Verbesserung der Motorik betrachtet wird (Novak 2020). [50]



(**Anmerkung FBMed**: siehe Fig.2 in [50])

Es gibt berechtigte Kritik und methodische Einwände, dass RCTs möglicherweise nicht immer der GoldStandard bei komplexen neurologischen Erkrankungen von Kindern sind, die ja eigentlich immer einen kombinierten methodischen Ansatz und eine individuelle Therapieanpassung benötigen, was in gewissem Widerspruch zu starren und standardisierten Studienvorgaben steht. Gerade bei der Vojta-Therapie kann man aber vorbringen, dass es sich — was durchaus als Vorteil angesehen werden kann — um eine hochstandardisierte und hochfrequente Therapie handelt, die für sich in Anspruch nimmt, alle anderen physiotherapeutischen Methoden nicht einsetzen zu müssen und gerade, wenn sie früh zum Einsatz kommt, besonders gute Ergebnisse erzielt. Insofern könnte gerade diese Methode eher geeignet sein, dass in RCT auch Unterschiede gefunden werden können, da die therapeutisch Freiheit durch die Aufnahme in eine Studien praktisch nicht eingeschränkt und beschnitten wird.

Abschließend möchten wir einen Abgleich vornehmen, in welchen Bereichen die Vojta-Therapie allgemein anerkannten Wirkprinzipien von (Physio)therapie bei Kindern mit Cerebralparese und Empfehlungen zur Nachsorge von Früh- und Risikokindern entspricht (Jackman 2021 [32]; Kümin 2023 [38]; Morgan 2021 [47]; Orton 2024 [53]). Wie erwähnt, ist der frühe Beginn und die hohe Therapiefrequenz etwas, wofür es Evidenz gibt und was stark gefordert wird. Auch die hohe Standardisierung entspricht den Anforderungen, die an eine wirksame Therapie gestellt werden. Divergent ist, dass im Vojta-Prinzip der Patient passiv-reflexiv teilnimmt und nicht aktiv engagiert miteinbezogen ist. Auch in Bezug auf die emotionale Sicherheit von Kind und Eltern, in Bezug auf Nicht-Einbezug der Umfeldgestaltung und der nicht kindgerechten Ansprache ist die Vojta-Therapie aus dem Blickwinkel der aktuellen Empfehlungen kritisch zu betrachten.

DGSPJ

Es liegt eine Reihe von Arbeiten vor, die den Wirkmechanismen der Vojta-Therapie aus klinischen Beobachtungen heraus postulierend beschreiben oder mit neurophysiologischen Methoden untersuchen. Gemeinsam ist diesen Arbeiten, dass der Zusammenhang zu klinisch relevanten Effekten offen bleibt.

Der tschechische Neurologe Vàclav Vojta beobachtete in den 1960-er Jahren, dass eine Stimulation durch prolongierten peripheren Druck eine stereotypische motorische Antwort im Sinne eines asymmetrischen Musters tonischer Muskelkontraktionen der Nacken-, Rumpf- und Extremitätenmuskulatur beidseits als Ausdruck einer räumlichen Summation hervorruft (Vojta, 1970) [86]. Vojta nahm an, dass womöglich ein altes phylogenetisches „Lokomotionszentrum“ existiert, welches einzelne Bewegungsantworten koordiniert und welches im oberen Hirnstamm lokalisiert ist (Vojta, 1968) [82].

Hok und Kollegen konnten in einer randomisierten kontrollierten Studie mittels funktioneller Magnetresonanztomographie (fMRT) bei 30 gesunden Freiwilligen eine Modulation im Hirnstamm nach peripherer Druck-Stimulation nachweisen und vermuteten, dass Vojta-Therapie in ihrer Nachwirkung eine Modulation der pontomedullären Formatio reticularis hervorruft (Hok et al., 2017) [25], welche an der Aufrechterhaltung des Muskeltonus beteiligt ist und somit maßgeblich Haltung und Bewegung beeinflusst (Trepel, 1999) [81]., sowie an der Initierung von Fortbewegung (Takakusaki et al., 2016) [77].

Bei Wirbeltieren beruhen diese zentralen Lokomotionsprogramme auf genetisch determinierten spinalen Schaltkreisen, dem sogenannten zentralen Bewegungsmustergenerator (engl. central pattern generator [CPG]), einer bestimmten Gruppe spinaler interneuronaler Netzwerke (Rossignol et al., 2006) [60]. Der CPG ist im Hirnstamm und im Rückenmark lokalisiert. Die Körperhaltung und der Gang bzw. die Gangart basieren auf automatischen spinalen motorischen Programmen, die durch eine supraspinale Kontrolle initiiert und reguliert werden (Jahn et al., 2008) [33]. Propriozeptive Hautafferenzen haben im Sinne eines Feedback-Mechanismus einen starken Einfluss auf den CPG, um die Bewegungsmuster dynamisch anpassen zu können (Rossignol et al., 2006 [60]; Takakusaki, 2013); [76]. Das meiste Wissen bezüglich des hierarchischen Aufbaus der Netzwerke supraspinaler Lokomotionszentren wurde aus Tierexperimenten abgeleitet, die wiederum überwiegend an dezerebrierten Katzen durchgeführt wurden (Jahn et al., 2008) [33]. Es wird vermutet, dass die menschliche Lokomotion unter deutlich stärkerer supraspinaler Kontrolle steht, als die tierische Lokomotion (Takakusaki, 2013) [76]. Ein wesentlicher Unterschied besteht im bipedalen Gang des Menschen, wobei weitestgehend unbekannt ist, ob die Organisation supraspinaler Lokomotionskontrolle während des Übergangs vom vierfüßigen zum zweifüßigen Gang erhalten blieb (Jahn et al., 2008) [33].

In funktionellen MRT-Studien (fMRT) konnten mesencephale, subthalamische und cerebelläre Lokomotionsregionen beim Menschen als die wichtigsten subkorticalen Strukturen für die Haltungs- und Bewegungskontrolle bei Menschen visualisiert werden (Jahn et al., 2008) [33]. Schwierigkeiten bei der Abklärung von Bewegungsplanungen und Abläufen im fMRT stellen die technischen Probleme dar, da die Probanden nicht wirklich gehen können und auch Bewegungen der unteren Extremität im MRT oft mit deutlichen Bewegungsartefakten assoziiert sind. Jahn und Kollegen griffen daher auf eine „mental imagery“ Technik zurück, bei der sich die Probanden die Bewegungen (Stehen, Gehen, Laufen) lediglich gedanklich vorstellten und gingen von der Hypothese aus, dass bei einer sich vorgestellten Bewegung die gleichen neuronalen Prozesse aktiviert werden wie bei einer tatsächlich ausgeführten Bewegung (Porro et al., 1996) [57].

Es wird postuliert, dass im Mittelhirn ein Lokomotionszentrum existiert, dem eine Schlüsselrolle in der menschlichen Fortbewegung und Kontrolle des haltungsbedingten Muskeltonus zugeschrieben wird (Takakusaki et al., 2016) [77]. Hok und Kollegen konnten jedoch nach Vojta-Therapie keine spezifischen Veränderungen im Bereich des Mittelhirns beobachten, wohl aber in der pontomedullären Formatio reticularis, was direkt mit den Effekten der therapeutischen Stimulation nach der Vojta-Behandlung in Verbindung gebracht werden konnte (Hok et al., 2017) [25]. Der mögliche positive Effekt der Vojta-Therapie auf das Lokomotionszentrum könnte eine Erklärung für die Verbesserung der posturalen Kontrolle und der motorischen Funktionsverbesserung durch Vojta-Therapie sein.

Literatur :

Vojta, V., Das Reflexkriechen und seine Bedeutung für die krankengymnastische Frühbehandlung [Reflex creeping as an early rehabilitation programme]. Z Kinderheilkd, 1968. 104(4): p. 319-30. [82]

Vojta, V., Reflex-Umdrehen als Bahnungssystem der menschlichen Fortbewegung [Reflex rotation as a pathway to human locomotion]. Z Orthop Ihre Grenzgeb, 1970. 108(3): p. 446-52. [86]
Hok, P., et al., Modulation of the sensorimotor system by sustained manual pressure stimulation. Neuroscience, 2017. 348: p. 11-22. [25]
Trepel, M., ed. Neuroanatomie: Struktur und Funktion. 2. komplett überarbeitete Auflage. ed. 1999, Urban & Fischer München Stuttgart Jena. [81]
Takakusaki, K., et al., Brainstem control of locomotion and muscle tone with special reference to the role of the mesopontine tegmentum and medullary reticulospinal systems. J Neural Transm (Vienna), 2016. 123(7): p. 695-729. [77]
Rossignol, S., R. Dubuc, and J.P. Gossard, Dynamic sensorimotor interactions in locomotion. Physiol Rev, 2006. 86(1): p. 89-154. [60]
Jahn, K., et al., Imaging human supraspinal locomotor centers in brainstem and cerebellum. Neuroimage, 2008. 39(2): p. 786-92. [33]
Takakusaki, K., Neurophysiology of gait: from the spinal cord to the frontal lobe. Mov Disord, 2013. 28(11): p. 1483-91. [76]
Porro, C.A., et al., Primary motor and sensory cortex activation during motor performance and motor imagery: a functional magnetic resonance imaging study. J Neurosci, 1996. 16(23): p. 7688-98. [57]

1.1

Der neurophysiologische oder neurobiologische Mechanismus, der zu den beobachteten Effekten unter Vojta-Therapie führt, ist nicht bekannt. Dies liegt zum einen an fehlenden Untersuchungen, die neurophysiologische Effekt mit klinischen korrelieren. Darüber hinaus ist unklar, in welchem Ausmaß der hierarchische Aufba von supraspinalen Lokomotionszentren, für den Menschen zutrifft. Somit kann bezüglich der klischen Relevanz der unter 1 beschrieben Effekte keine Aussage gemacht werden.

1.2

Da die Wirkmechanismen der Vojta-Therapie unklar sind, lässt sich hieraus kein prinzipieller Unterschied zwischen Kindern und Erwachsenen ableiten. Grundsätzlich kann evidenzbasiert angenommen werden, dass das ZNS bei Kindern eine höhere Nueroplastizität als bei Erwachsenen aufweist. Hieraus kann ein verbesserter Therapieeffekt bei Kindern postuliert werden.

1.3

s.o.

VPT

1.1

- Das Vojtaprinzip basiert auf der Reflexlokomotion und möchte angelegte Bewegungsabläufe im Gehirn abrufen/reaktivieren. Hierzu werden globale Bewegungsmuster aktiviert und damit eine automatische Steuerung der Körperlage verursacht. Das Vojtaprinzip beruht auf artspezifischen Aufrichtungsmechanismen.

1.2

- Die genannten Wirkprinzipien unterscheiden sich nicht zwischen Kindern und Erwachsenen, jedoch gibt es laut Konzept verschiedene Anwendungen und Zielsetzungen. Für Kinder gelten hauptsächlich die Zielsetzunge der frühzeitigen Aktivierung physiologischer Bewegungsmuster zur Entwicklungsförderung, die Prävention von Fehlentwicklungen und die Beeinflussung der sensomotorischen Integration und Entwicklung. Für Erwachsene gilt die Zielsetzung der Reaktivierung verlorener Bewegungsmuster, Wiederherstellung der Funktion, Verbesserung willkürlicher Kontrolle, Beeinflussung von Haltung und Gleichgewicht.
- ➔ Weitere Informationen: https://vojta.com/de/vojta-prinzip/vojta-therapie [30]

1.3

- Folgende Literatur gibt internationale Behandlungsleitlinien und Empfehlungen für die Behandlung von Patient*innen mit Cerebralparese vor. Grundsätzlich sollte die Therapie an Patientenpräferenzen und Zielen ausgerichtet werden und eine vollständige Aktivität aus dem Lebenskontext abbilden, die entweder mit den Kindern, den Betroffenen oder den Betreuungspersonen ICF- orientiert festgelegt werden. Eine Therapie an allgemein gültigen neurologischen Wirkprinzipien auszurichten ist nicht Gegenstand der Leitlinine. Ebenso sollte die Motivation zur Therapie durch positive und spielerische Elemente gefördert werden, es wird konkret darauf hingewiesen, dass Stresszeichen oder Weinen der Patient*innen zu einem Abbruch der Intervention führen sollten.

  ➔ Interventions to improve physical function for children and young people with cerebral palsy: international clinical practice guideline DOI: 10.1111/dmcn.15055 [32]
- Folgende Literatur gibt ebenfalls Empfehlungen zu effektiven/uneffektiven und unklaren Interventionen für Kinder mit Cerebralparese ab.
  Empfohlen werden zur Verbesserung der motorischen Aktivität und der Funktion kontextbasierte, zielgerichtete Therapieansätze, Heimprogramme, und evidenzbasierte Programm wie das CIMT-Programm. Die Vojta-Therapie wird hier als „sollte nicht" Intervention geführt. Die zusammengefassten Studien werden mit zum Teil einer geringen Qualität bezeichnet.

➔ A systematic review of interventions for children with cerebral palsy: state of the evidence DOI: 10.1111/dmcn.12246 [49]

- Weitere Studien:

⇨ Sánchez-González, Sanz-Esteban, Menéndez-Pardiñas, Navarro-López, Sanz-Mengíbar: Critical review of the evidence for Vojta Therapy: a systematic review and meta-analysis (2024), https://doi.org/10.3389/fneur.2024.1391448 [63]

⇨ Kavlak, Unal, Tekin, Al Sakkaf: Comparison of the effectiveness of Bobath and Vojta techniques in babies with Down syndrome: Randomized controlled study. (2022) [36], https://www.researchgate.net/profile/Fatih-Tekin-6/publication/361460633_Comparison_of_the_effectiveness_of_Bobath_and_Vojta_techniques_in_babies_with_Down_syndrome_Randomized_controlled_study/links/62b2c3401010dc02cc5234bb/Comparison-ofthe-effectiveness-of-Bobath-and-Vojta-techniques-in-babies-with-Down-syndrome-Randomized-controlled-study.pdf

- Systematische Reviews und Einzelstudien weisen positive Effekte u.a. bei Atemnotsyndromen, bei posturalen Asymetrien im Vergleich mit neurodevelopmentalen Therapie nach. Die Qualität der Einzelstudien können wir hier im Einzelnen nicht prüfen. In den systematischen Reviews wird meist auf eine geringe Qualität der Einzelstudien hingewiesen.

➔ https://doi.org/10.3390/healthcare11081091 [28]

➔ doi: 10.1589/jpts.29.301 [34]

IVG

Das Prinzip der Vojta-Therapie beruht auf der Kombination von neurophysiologischen Erkenntnissen und dem Wissen über frühkindliche Entwicklungsprozesse. Ihr Begründer, Prof. Václav Vojta, ging davon aus, dass das Kind zum Zeitpunkt der Geburt über phylogenetisch verankerte Optionen verfügt. Diese erfahren im Rahmen der individuellen Entwicklung - vor allem im ersten Lebensjahr - eine Differenzierung, welche zur Entwicklung unserer menschlichen komplexen Fähigkeiten wie gezielter Motorik, Sprache und sozialem Verhalten führt.
Vojta hat festgestellt, dass sich die motorische Entwicklung des Menschen im Wesentlichen durch das koordinierte Wechselspiel zwischen afferenten (zum Gehirn führenden) und efferenten (vom Gehirn ausgehenden) Nervenimpulsen vollzieht und durch diese geprägt ist. Dieses Zusammenspiel perfektioniert sich

ab der Geburt in ständiger Auseinandersetzung mit der Schwerkraft. Jeder denkbare motorische Entwicklungsschritt zeigt sich in idealen Haltungs- und Bewegungsmustern, die als ein spezifisches Ganzkörpermuster („globales Muster“) erscheinen. Dabei spielen sogenannte Umweltfaktoren, wie das soziale und kulturelle Umfeld, eine Rolle.
Bei zentralnervösen Schädigungen – etwa durch frühkindliche Hirnschädigungen – ist diese feine Abstimmung gestört. Es gelten zwar auch hier die Gesetze der Aufrichtung in der motorischen Entwicklung, allerdings kommt es neben veränderten motorischen Signalen auch zu unzureichenden oder fehlgesteuerten Rückmeldungen. Dies beeinflusst die zentralnervöse Repräsentation des Körpers negativ. Dieses veränderte Körperschema hat – unbehandelt – zur Folge, dass sich eine „weniger ökonomische“ und in ihrer Differenzierung eingeschränkte „Ersatzmotorik“ im Laufe der Ontogenese etabliert.
Ähnliche Prozesse lassen sich auch bei Erwachsenen mit neurologischen Erkrankungen oder erworbenen Hirnschädigungen beobachten. Durch das gestörte/eingeschränkte Wechselspiel zwischen afferenten und efferenten Impulsen, kommt es zur Reduzierung der ehemals idealen Motorik. Dies führt dann im Weiteren zur Bildung einer mehr oder weniger stark ausgeprägten Ersatzmotorik oder zu Kompensationsbewegungen.
Die in der gesunden Entwicklung aus vielen Teilmustern bestehenden „globalen Muster“ dienen in der Vojta-Therapie als diagnostische und therapeutische Bezugsgröße. Anhand dieser lassen sich Abweichungen im Bewegungsverhalten präzise identifizieren, therapeutische Schwerpunkte festlegen und der Verlauf der Behandlung objektiv gestalten und nachvollziehen.
Das Wirkungsprinzip der Vojta-Therapie beruht darauf, dass mittels empirisch gefundener „Auslösezonen“ eine definierte Reizsetzung über afferente Bahnen an das zentrale und periphere Nervensystem erfolgt. Durch diese Reizsetzung in bestimmten Ausgangsstellungen mit definierten Winkelstellungen werden Reaktionen im zentralen Nervensystem ausgelöst, die angeborene, koordinierte Bewegungsabläufe aktivieren.
Diese Bewegungsmuster – das „Reflexumdrehen“ und das „Reflexkriechen“ – zeichnen sich durch Merkmale der menschlichen Fortbewegung aus: eine Aufrichtung gegen die Schwerkraft, die posturale (Haltungs-) Steuerung und isolierte, zielgerichtete Bewegungen wie Greifen oder Gehen.
In der Vojta-Therapie werden die o.g. Lokomotionskomplexe („Reflexumdrehen“ und „Reflexkriechen“) therapeutisch angewendet. Über die Auslösezonen werden gezielte afferente Impulse gesetzt, um die physiologischen Bewegungsmuster zu aktivieren. Im Weiteren erfolgt auf die Reizsetzung eine spezifische neuronale, motorische Aktivität, die in ihren Eigenschaften der idealen Motorik näherkommt und somit im Verlauf durch regelmäßige Anwendung dazu führt, dass sich eine „Ersatzmotorik“ nicht, bzw. nur in geringerem Maß etabliert und fixiert.
Dieses therapeutische Vorgehen wird als „Bahnung“ bezeichnet. Unmittelbar nach der Behandlung ist dies an der Veränderung des spontanen Bewegungsmusters der Patient:innen zu erkennen. Anfangs lassen sich meist kurzfristige Veränderungen in Haltung und Bewegung beobachten. Mit zunehmender Therapieintensität und -dauer kommt es zu einer langfristigen Verbesserung motorischer Fähigkeiten. Die Bewegungen der Patient:innen werden effizienter, ökonomischer und besser steuerbar – was sich direkt positiv auf ihre Selbstständigkeit, ihre Aktivität im Alltag und ihre soziale Teilhabe auswirkt.
Im Rahmen der neurowissenschaftlichen Grundlagenforschung konnten erste Hinweise auf die Wirkmechanismen sowie auf die neuronale Verortung der Effekte der Vojta-Therapie im zentralen Nervensystem (ZNS) gewonnen werden. Untersuchungen an gesunden Proband:innen unter Einsatz bildgebender Verfahren wie Elektroenzephalografie (EEG) und funktioneller Magnetresonanztomografie (fMRT) belegen, dass eine gezielte, andauernde Druckstimulation – etwa an einer definierten Zone des Fußes – die Aktivierung motorischer Hirnareale signifikant und ortsabhängig moduliert (Hok et al, 2017). [25]
Unter anderem konnte gesteigerte motorische Aktivität in Arealen des Hirnstamms – darunter dem Pons sowie der Formatio reticularis – gezeigt werden. Diese Aktivierung korreliert mit den in der klinischen Praxis beobachteten motorischen Veränderungen, die sich im Anschluss an die therapeutische Reizsetzung einstellen.

Die manuelle Druckstimulation, wie sie in der Reflexlokomotion nach Vojta angewendet wird, beeinflusst nachweislich mehrere zentrale Strukturen des Gehirns, die in die Steuerung und Koordination motorischer Funktionen eingebunden sind.
Im Rahmen der Reflexlokomotion nach Vojta führt die gezielte Stimulation definierter Zonen zu charakteristischen, angeborenen Muskelaktivitäten. Diese muskulären Reaktionen konnten bei gesunden Proband:innen mithilfe der Oberflächen-Elektromyografie (OEMG) objektiv erfasst und eindeutig von Reaktionen im Rahmen einer Scheinstimulation abgegrenzt werden (Sanz-Esteban et al, 2018 [64], 2021). [66]
Auch die Ergebnisse weiterer Untersuchungen unterstreichen die neurophysiologischen Auswirkungen auf das Gehirn nach der propriozeptiven Stimulation durch die Vojta-Therapie und heben die erhöhte Aktivität in zentralen Bereichen hervor, die für die sensorische Verarbeitung, die motorische Planung und die Kontrolle wichtig sind. Diese Aktivierung, die besonders in der Vojta-Stimulationsgruppe deutlich wurde, stimmt mit früheren Ergebnissen überein, die darauf hindeuten, dass taktile/propriozeptive Reize durch die Auslösezonen nach Vojta nicht nur die Absicht, sich zu bewegen, hervorrufen, sondern auch tatsächliche Muskelkontraktionen auslösen können, was das Potenzial der Therapie zur Verbesserung der Haltung und Fortbewegung bei Patient:innen mit neurologischen Störungen unterstreicht.
Die Befunde legen dar, dass die Wirkung der Reflexlokomotion nicht nur auf spinaler Ebene, sondern auch über eine zentrale Modulation motorischer Netzwerke im Hirnstamm vermittelt wird – ein Aspekt, der die Nachhaltigkeit der beobachteten motorischen Verbesserungen untermauert.

1.1

Aus der Beschreibung des Grundprinzips der Vojta-Therapie ist zu entnehmen, dass die „Bahnung“ Zugang zu allen Bereichen des zentralen und des peripheren Nervensystems – einschließlich des vegetativen Nervensystems – hat. Es handelt sich bei dem Wirkprinzip somit um ein interaktionelles Verfahren, mit dem in sehr spezifischer Weise auf das Nervensystem Einfluss genommen werden kann.
Somit beruht die Wirksamkeit der Vojta-Therapie nicht auf dem wiederholten Einüben bestimmter Bewegungsabläufe wie Greifen, Drehen oder Gehen, sondern auf einer globalen Aktivierung des zentralen Nervensystems über definierte Reize an bestimmten Körperstellen (sogenannte Zonen). Angelegte Bewegungsmuster – globale Muster – werden wieder zugänglich gemacht und zunehmend spontan zur Verfügung gestellt. Haltung und Bewegung verbessern sich dadurch in Richtung physiologischer Ökonomie, während kompensatorische, weniger differenzierte Ersatzbewegungen reduziert oder – abhängig vom Schweregrad der neurologischen Beeinträchtigung – zumindest abgeschwächt werden können. Unter der Anwendung der Vojta-Therapie bedarf es nicht der Willkürmotorik der Patient:innen. Dadurch eröffnet sich die Möglichkeit, bereits bei Säuglingen mit auffälliger motorischer Entwicklung sowie bei schwer neurologisch beeinträchtigten Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen therapeutisch wirksam zu intervenieren – auch wenn diese selbst über keinen oder nur geringen Zugang zu eigener, zielgerichteter Motorik verfügen.

1.2

Bezogen auf die Inhalte der Therapie, besteht bei einem Säugling – und in vermindertem Grad auch bei einem Kleinkind – eine noch unvollständige neuromuskuläre Funktionsdifferenzierung. Bewegungsabläufe sind, anders als bei einem Erwachsenen, dementsprechend weniger differenziert und weniger dauerhaft zentralnervös repräsentiert. Der spezifischen Entwicklungsdynamik folgend, geht man von „Zeitfenstern“ aus, innerhalb derer die Etablierung von Lerninhalten – auch in der Motorik – leichter und schneller, also effektiver erfolgt. Dieser entwicklungsneurophysiologische Grundgedanke wird auch in der Vojta-Therapie aufgegriffen und therapeutisch genutzt.
Im Gegensatz dazu sind im Erwachsenenalter die motorischen Muster weitgehend strukturell gefestigt. Die im Verlauf der Ontogenese erworbenen idealen Bewegungsmuster stehen dem gesunden Erwachsenen dauerhaft zur Verfügung. Inwieweit diese Muster nach einer erworbenen neurologischen Schädigung oder Erkrankung des zentralen und peripheren Nervensystems im Erwachsenenalter noch zugänglich sind, ist sehr unterschiedlich.

Bekannt ist, dass der zerebrale Kortex seine neuronalen Netzwerke reorganisieren kann, d.h. eine neue Zuordnung der reduzierten motorischen und sensorisch reduzierten Funktionen ist möglich.
Mit der Anwendung der Vojta-Therapie wird über die afferente Reizsetzung die strukturelle Reorganisation angeregt. So wird das noch vorhandene neurologische Potenzial frühzeitig und umfassend aktiviert, auch wenn den Patient:innen selbst die willentliche Ansteuerung der motorischen Funktionen zu diesem Zeitpunkt eventuell nicht möglich ist. Das Entstehen von Ersatzmustern kann so verhindert bzw. reduziert werden.
Entscheidend ist im Säuglings-, Kinder-, Jugendlichen- und Erwachsenenbereich die Frühbehandlung, denn sobald sich eine starke Ersatzmotorik ausgeprägt hat, wird der Zugang zu den physiologischen Mustern erschwert. Dennoch erfordert auch eine bereits etablierte Ersatzmotorik eine gezielte Aktivierung von Mustern mit anderen Eigenschaften, so dass die motorischen Einschränkungen in ihrer funktionellen Ausprägung gemindert werden.
Mit dieser Tatsache ist verbunden, dass die Vojta-Therapie bei Säuglingen / Kleinkindern / Jugendlichen und Erwachsenen zwar unter gleichen physiologischen Voraussetzungen erfolgt, jedoch in der Zielsetzung unterschiedliche Schwerpunkte legt. Bei Säuglingen und Kindern werden die Eltern/Bezugspersonen aktiv in den therapeutischen Prozess eingebunden. Unter Anleitung durch die behandelnden Vojta-Therapeut:innen erfolgt eine spezifische Schulung der Eltern/Bezugspersonen, die auf das individuelle Krankheitsbild des Kindes – unter Beachtung der sozialen und familiären Umweltfaktoren – ausgerichtet ist und die Durchführung der Therapie im häuslichen Umfeld ermöglicht. Während bei größeren Kindern und erwachsenen Patient:innen eine unmittelbare verbale Rückmeldung über Wahrnehmung der Therapieeffekte möglich ist, stellt sich die Interaktion mit Säuglingen und jüngeren Kindern naturgemäß anders dar. Daraus ergeben sich besondere Anforderungen an die Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen Therapeuten:in, Kind und Bezugsperson.
Ein achtsamer, individuell abgestimmter Umgang mit Patient:innen sowie ihren Angehörigen bildet in jedem Lebensalter eine zentrale Grundlage der Vojta-Therapie – unabhängig davon, ob es sich um einen Säugling, ein Kleinkind oder einen Erwachsenen handelt.

1.3

Die grundlegenden Wirkprinzipien sind unter anderem im Fachbuch Prof.Vojtas beschrieben und in den Kapiteln zu den Behandlungsserien der symptomatischen Risikokinder untersucht:
Vojta, V. (2018) Die zerebralen Bewegungsstörungen im Säuglingsalter – Frühdiagnose und Frühtherapie, 10. Auflage, Internationale Vojta Gesellschaft e.V. Siegen [84]
Evidenz im Kontext zur Grundlagenforschung:
Hok, P., Opavský, J., Kutín, M., Tüdös, Z., Kaňovský, P., Hluštík, P., (2017). Modulation of the sensorimotor system by sustained manual pressure stimulation, doi:10.1016/j.neuroscience.2017.02.005 [25]
Hok, P., Opavský, J., Labounek, R., Kutín, M., Šlachtová, M., Tüdös, Z., Kaňovský, P., Hluštík, P., (2019). Differential effects of sustained manual pressure stimulation according to site of action. Front. Neurosci. 13, 722. https://doi.org/10.3389/fnins.2019.00722 [26]
Martinek, M., Pánek, D., Nováková, T., Pavlü, D. (2022) Analysis of intracerebral activity during reflex locomotion stimulation according to Vojta's principle. Applied Sciences. https://doi.org/10.3390/app12042225 [41]
Sanz-Esteban, I., Cano-de-la-Cuerda, R., San-Martín-Gómez, A., Jiménez-Antona, C., Monge-Pereira, E., Estrada-Barranco, C., Serrano, J.I., (2021). Cortical activity during sensorial tactile stimulation in healthy adults through Vojta therapy. A randomized pilot controlled trial. Neuro Engineering Rehabil 18, 13. https://doi.org/10.1186/s12984-021-00824-4 [66]
Sanz-Esteban, I., Cano-de-la-Cuerda, R., San-Martin-Gomez, A., Jimenez-Antona, C., Monge-Pereira, E., Estrada-Barranco, C., Garcia-Sanchez, P. C., Ignacio Serrano, J. (2021). Innate muscle patterns reproduction during afferent somatosensory input with Vojta therapy in healthy adults. A randomized controlled trial. DOI: 10.1109/TNSRE.2021.3120369 [65]

Sanz-Esteban, I.; Calvo-Lobo, C.; Ríos-Lago, M.; Álvarez-Linera, J.; Muñoz-García, D.; Rodríguez-Sanz, D. (2018). Mapping the human brain during a specific Vojta's tactile input: the ipsilateral putamen's role. Medicine 97 (13), e0253. DOI: 10.1097/MD.0000000000010253 [64]
Perales-López, L., Sanz-Esteban, I., Jiménez-Antona, C., IgnacioSerrano, J., San-Martín-Gómez, A., Vives-Gelabert, X., Cano-de-la-Cuerda, R. (2024). Automatic gait evoking in healthy adults through Vojta's peripheric somatosensory stimulation: a double-blind randomized controlled trial. DOI: https://doi.org/10.1186/s12984-024-01470-2 [55]
Pérez-Robledo, F., Sánchez-González, J. L., Bermejo-Gil, B. M., Llamas-Ramos, R., Llamas-Ramos, I., de la Fuente, A., Martin-Nogueras, A. M. (2022). Electromyographic response of the abdominal muscles and stabilizers of the trunk to reflex locomotion therapy (RLT). A preliminary study. DOI: https://doi.org/10.3390/jcm11133866 [56]
Evidenz im Kontext zu den Wirkprinzipien:
Carratalá Tejada M et al. (2022). Reflex locomotion therapy for balance, gait, and fatigue rehabilitation in subjects with multiple sclerosis. mdpi.com DOI: 10.3390/jcm11030567 [7]
Epple, C., Maurer-Burkhard, B., Lichti, M.-C., Steiner, T. (2020). Vojta therapy improves postural control in very early stroke rehabilitation: a randomised controlled pilot trial. Neurological Research and Practice 2, S. 23. DOI: 10.1186/s42466-020-00070-4. [10]
Ha, S.Y. and Sung, Y.H. (2021). Changes of neural pathways after Vojta approach in a child with developmental delay. DOI: 10.3390/children8100918 [15]
Ptak, A., Dębiec-Bąk, A., Stefańska, M. (2022). Assessment of viscoelastic parameters of muscles in children aged 4-9 months with minor qualitative impairment of the motor pattern after Vojta therapy implementation. International Journal of Environmental Research and Public Health 19 (16). DOI: 10.3390/ijerph191610448. [58]
Sánchez-González, J.L., Díez-Villoria, E., Pérez-Robledo, F., Sanz-Esteban, I., Llamas-Ramos, I., Llamas-Ramos, R., De La Fuente, A., Bermejo-Gil, B.M., Canal-Bedia, R., Martín-Nogueras, A.M Sánchez-González et al. (2023). Synergy of Muscle and Cortical Activation through Vojta Reflex Locomotion Therapy in Young Healthy Adults: A Pilot Randomized Controlled Trial. Research Gate DOI:10.3390/biomedicines 11123203 [62]
Torró-Ferrero, S., Fernández-Rego, F.J., Jiménez-Liria, M.R., Agüera-Arenas, J.J., Piñero- Piñero, J., del Mar Sánchez-Joya, M., Fernández-Berenguer, M. J., Rodríguez-Pérez, M., Gomez-Conesa, A. (2022). Effect of physical therapy on bone remodelling in preterm infants: a multicenter randomized controlled clinical trial. BMC Pediatrics 22(1):362 DOI:10.1186/s12887-022-03402-2 [80]
Torró-Ferrero, G., Fernández-Rego, F. J., Agüera-Arenas, J. J., Gomez-Conesa, A. (2022). Effect of physiotherapy on the promotion of bone mineralization in preterm infants: a randomized controlled trial. Scientific Reports 12 (1), S. 11680. DOI: 10.1038/s41598-022-15810-6. [79]
Weiterhin kann zur Frage der Evidenz auf eine umfangreiche Bibliografie verwiesen werden, die über die Homepage der Internationalen Vojta Gesellschaft (IVG) abrufbar ist: https://www.vojta.com/de/service/literaturdatenbank. [29]

Anhang: Originalantworten auf Frage 2

Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)

2.1

Wie bereits oben erläutert ist der exakte pathophysiologische Wirkmechanismus der beobachteten Effekte der VojtaTherapie noch nicht bekannt. Ob die Vojta-Therapie daher dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht, kann zum aktuellen Zeitpunkt daher nicht wissenschaftlich belegt werden. Es gibt wie oben erwähnt jedoch Hinweise auf die Wirkweise und zusätzlich klinische randomisierte Studien, die einen positiven Effekt der Vojta-Therapie anzeigen (siehe unten). Die Behandlung nach Vojta ist ein etabliertes physiotherapeutisches Verfahren, dass vielfach auch in der Therapie neurologischer Erkrankungen bei Erwachsenen eingesetzt wird (Multiple Sklerose, Querschnittslähmungen, Schlaganfallrehabilitation, Parkinson Erkrankung, Schluckstörungen, u.v.m.). Uns sind keine wissenschaftlich begründeten Hinweise bekannt, die dafür sprechen würden, dass der Einsatz der Vojta-Therapie dem aktuellen klinischen Stand widersprechen würde.

In der neurologischen Rehabilitation kommen verschiedene physiotherapeutische Verfahren zur Anwendung. Es existiert keine klare Evidenz dazu, welche Therapie beispielsweise bei Schlaganfallpatienten „am besten" geeignet ist. Studien zum objektiven Nachweis der Effizienz einer speziellen Behandlungsmethode bei Schlaganfallpatienten – wie auch bei anderen physiotherapeutischen Behandlungsindikationen – sind generell methodisch schwierig.

Bei der Vojta-Therapie werden nach wie vor die von Vaclav Vojta empirisch ermittelten sogenannten Zonen aktiviert um angeborene Bewegungsmuster zu aktivieren. Hierbei übt der Therapeut an definierten Zonen Druck aus und appliziert damit einen afferenten Impuls. Insgesamt wurden bisher 10 Zonen beschrieben, die empirisch ermittelt wurden und sich über den Rumpf und die Extremitäten verteilen. Die Zonen werden im therapeutischen Prozess nach Bedarf kombiniert.

Zur Auslösung eines angeborenen Bewegungsmusters bedarf es einer spezifischen Ausgangslage des Patienten (Bauch-, Rücken- oder Seitenlage, Hocke) mit definierten Winkeleinstellungen der Extremitäten. Die Reize führen dann bei Menschen jeglichen Alters (auch schon bei Neugeborenen) je nach Ausgangslage zu einem der folgenden beiden Bewegungsimpulse: dem Reflexumdrehen aus der Rückenlage über die Seitenlage bis zum Krabbelgang und dem Reflexkriechen, einem globalem Bewegungsmuster in der Bauchlage. Hierbei bedarf es keiner willentlichen Mitarbeit des Patienten. Ausweichbewegungen oder die Realisierung des aktivierten Bewegungsmusters werden durch den Therapeuten so gesteuert, dass bei längerer Stimulation eine räumliche und zeitliche Summation des Bewegungsimpulses entsteht, eine sogenannte Bahnung. Nach Vojtas Vorstellung kommt es zu einer verstärkten „afferenten Ansprache" der dem Bewegungsablauf zugrunde liegenden zentralnervösen Strukturen. Hierdurch sollen elementare Bewegungsmuster auch bei Menschen mit geschädigtem zentralem Nervensystem und Bewegungsapparat zumindest in Teilbereichen wieder zugänglich gemacht werden. Bei Neugeborenen können die Bewegungsimpulse durch Aktivierung einer Zone ausgelöst werden, bei Erwachsenen bedarf es meist einer Kombination mehrerer Zonen. Das Steuern und Bremsen der Bewegungen des Kopfes während der Therapie dient ebenfalls der Bahnung.

An dieser Grundlage der Therapie hat sich unseres Wissens seit der Entwicklung keine Änderung ergeben. In der Anwendung wird die Therapie jedoch an das individuelle Therapieziel angepasst. Die Therapie wurde initial für Kinder mit spastischer Cerebralparese entwickelt. Die Ausgangslagen der Therapie wurden im Verlauf an die „neuen" Krankheitsbilder angepasst. So werden akute Schlaganfallpatienten zumeist nicht in Bauchlage behandelt, auch die Ausgangslage in der Hocke kommt bei schwer betroffenen Patienten z.B. auf der Intensivstation nicht zur Anwendung. Auch die Behandlungsintervalle (Dauer der Therapie beispielsweise bei Patienten mit Parkinson Erkrankung oder anderen degenerativen Erkrankungen) wurde im Laufe der Jahre seit Entwicklung der Therapie verändert. Bei der Multiplen Sklerose werden überwiegend die peripheren Zonen (z.B. Ferse) aktiviert.

2.2

Eine zertifizierte Ausbildung zum Vojta Therapeuten wird nach weltweit gleichem Standard durch die Internationale Vojta Gesellschaft(IVG) angeboten. Bezüglich des genauen Curriculums der Ausbildung verweisen wir auf die IVG. (https://www.vojta.com/de/) [31]

Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten – IFK e.V.

2.1

Uns liegt derzeit nur das Curriculum zu den Weiterbildungskursen in der Vojta Therapie für Säuglinge, Kinder, Jugendliche und Erwachsene – Stand 2011 – vor. Eine Beurteilung seit der Entwicklung in den 1050er bis 1970er Jahren können wir daher nicht vornehmen.

2.2

Vertrag nach §125 Absatz 1 SGB V über die Versorgung mit Leistungen der Physiotherapie und deren Vergütung:

I Anlage 1 Leistungsbeschreibung [14]

Krankengymnastik zur Behandlung von zentralen Bewegungsstörungen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres nach Bobath oder Vojta als Einzelbehandlung

X0708 KG-ZNS–Kinder nach Bobath

X0709 KG-ZNS-Kinder nach Vojta

Definition:

Krankengymnastische Behandlungsmethoden, die die Reaktion der Propriorezeptoren, der Stell- und Haltungsreflexe sowie der Gleichgewichtsreaktionen für die Hemmung pathologischer und Bahnung physiologischer Bewegungsmuster mit einbeziehen. Behandelt wird nach Bobath oder Vojta.

Therapeutische Wirkung:

- Hemmung pathologischer Entwicklungen und Bahnung physiologischer Bewegungsmuster.
- Verbesserung der Motorik, Sensorik, Psyche, Sprachanbahnung.
- Ausnutzung der Stimulationsmöglichkeiten (Plastizität) des Gehirns. - Verbesserung der zentralen Kontrolle.

Schädigungen/Funktionsstörungen:

- Angeborene zentrale Bewegungsstörungen.
- Frühkindlich erworbene zentrale Bewegungsstörungen. - Schlaffe Lähmungen, z. B. durch Geburtstraumen.

Therapieziel:

- Verbesserung der Sensomotorik.
- Gleichgewichts- und Koordinationsschulung.
- Verbesserung des pathologischen Muskeltonus.
- Vermeidung oder Verminderung sekundärer Schäden.
- Verbesserung der psycho-motorischen Entwicklung, einschl. Sprachanbahnung.

Leistung:

- Aufstellen des Behandlungsplanes nach individueller neurophysiologischer Befundung
- Behandlung entsprechend dem individuellen Behandlungsplan.
- Schulung im Umgang mit Hilfsmitteln.
- Anleitung der Bezugsperson(en) zum Handling und zur notwendigen täglichen Beübung.

Regelbehandlungszeit:

Richtwert: 30 bis 45 Minuten.

Weiterbildungsnachweis:

Die unter dieser Position beschriebenen Leistungen können durchgeführt und abgerechnet werden von:

- Fachphysiotherapeuten für infantile Cerebralparesen,
- Fachphysiotherapeuten für spinale Lähmungen und Extremitätendefekte sowie
- Physiotherapeuten, die eine erfolgreich abgeschlossene spezielle Weiterbildung von mind. 300 Std. mit Abschlussprüfung absolviert haben, die die Anforderungen der Anlage 3 der Rahmenempfehlungen nach § 125 Abs. 1 SGB V erfüllt.

Voraussetzung für die Abrechnung der Leistung ist die Erteilung einer Abrechnungs-erlaubnis durch die Landesorganisationen der Krankenkassen. Der Qualifikationsnachweis über die erfolgreich abgeschlossene Weiterbildung ist den Landesorganisationen der Krankenkassen rechtzeitig zu übermitteln, damit diese rechtzeitig vor der Abrechnung eine Abrechnungserlaubnis erteilen können. Diese erfolgt dann rückwirkend zum Tag der Antragstellung.

Krankengymnastik zur Behandlung von zentralen Bewegungsstörungen, nach Vollendung des 18. Lebensjahres nach
Bobath, Vojta, PNF als Einzelbehandlung FN 5
X0710 KG-ZNS nach Bobath
X0711 KG-ZNS nach Vojta
X0712 KG-ZNS nach PNF
Definition:

Krankengymnastische Behandlungsverfahren (nach Bobath, Vojta, PNF) unter Ausnutzung der natürlich vorhandenen Bahnungs- und Hemmungsmechanismen des Nervensystems.

Therapeutische Wirkung:

- Hemmung pathologischer Entwicklungen und Bahnung physiologischer Bewegungsmuster.
- Verbesserung der Motorik, Sensorik, Psyche, Sprachanbahnung.
- Ausnutzung der Stimulationsmöglichkeiten (Plastizität) des Gehirns.
- Verbesserung der zentralen Kontrolle.

Schädigungen/Funktionsstörungen:

- Spastische Lähmung bei Schädigung des Gehirns oder Rückenmarkes.
- Lähmungen (spastisch, hypoton) in Kombination mit sensiblen Schädigungen bei Schä- digung des Gehirns oder Rückenmarkes (traumatisch, vaskulär, entzündlich, degenerativ).
- Koordinationsstörungen, bedingt durch Erkrankung des ZNS.
- Abnorme Bewegungen (mit hyper- oder hypokinetischen Störungen).
- Komplexe periphere Lähmungen (Plexuslähmungen)
- Ausgedehnte aktive und/oder passive Bewegungsstörungen als Folge von Polytraumen an zumindest 2 Gliedmaßen oder Rumpf und einem Gliedmaß.

Therapieziel:

- Verbesserung der Motorik (Normalisierung des Muskeltonus und der Muskelkraft für Fein- und Grobmotorik).
- Verbesserung von Haltung und Koordination.
- Verbesserung der Sensomotorik.
- Verbesserung der Komplexbewegungen, Bahnung physiologischer Bewegungsmuster.
- Hemmung pathologischer Bewegungsmuster.
- Vermeidung oder Verminderung sekundärer Schäden.

Leistung:

- Aufstellen des Behandlungsplanes nach individueller neurophysiologischer Befundung.
- Behandlung entsprechend dem individuell erstellten Behandlungsplan.
- Schulung im Umgang mit Hilfsmitteln.

- Anleitung der Bezugsperson(en) zum Handling und zur notwendigen täglichen Beübung.

Regelbehandlungszeit:
Richtwert 25 bis 35 Minuten.
Weiterbildungsnachweis:
Die unter dieser Position beschriebenen Leistungen können durchgeführt und abgerechnet werden von:

- Fachphysiotherapeuten für infantile Cerebralparesen.
- Fachphysiotherapeuten für spinale Lähmungen und Extremitätendefekte.
- Fachphysiotherapeuten für funktionelle Störungen und psychische Erkrankungen.
- Physiotherapeuten, die eine erfolgreich abgeschlossene spezielle Weiterbildung in dem betreffenden Bereich (Bobath, Vojta oder PNF) von mind. 120 Std. mit Abschlussprüfung absolviert haben, die die Anforderungen der Anlage 3 der Rahmenempfehlungen nach § 125 Abs. 1 SGB V erfüllt.

Voraussetzung für die Abrechnung der Leistung ist die Erteilung einer Abrechnungs-erlaubnis durch die Landesorganisationen der Krankenkassen. Der Qualifikationsnachweis über die erfolgreich abgeschlossene Weiterbildung ist den Landesorganisationen der Krankenkassen rechtzeitig zu übermitteln, damit diese rechtzeitig vor der Abrechnung eine Abrechnungserlaubnis erteilen können. Diese erfolgt dann rückwirkend zum Tag der Antragstellung.

II. Anlage 7 – Weiterbildung zum Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V über die Versorgung mit Leistungen der Physiotherapie und deren Vergütung

Gemäß § 17 Abs. 2 der Heilmittel-Richtlinie können einzelne Leistungen (Zertifikatsleistungen) der Physiotherapie nur dann zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden, wenn die Therapeutin oder der Therapeut eine über die Berufsausbildung hinausgehende Qualifikation besitzt. Deshalb bedarf es für die Abgabe einer Zertifikatsleistung zu Lasten der GKV einer Abrechnungserlaubnis. Die Abrechnungserlaubnis bezieht sich stets ausschließlich auf die Absolventin oder den Absolventen der Weiterbildung. Eine Abrechnungserlaubnis ist von den zuständigen Arbeitsgemeinschaften gemäß § 124 Abs. 2 SGB V zu erteilen, wenn der zugelassene Leistungserbringer nachweist, dass er oder einer seiner Leistungserbringer eine Qualifikation entsprechend den nachfolgend beschriebenen Anforderungen erworben hat.

4. KG-ZNS nach Vojta bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres

Anmerkung:
Die erfolgreich abgeschlossene Weiterbildung in Krankengymnastik nach Vojta zur Behandlung von zentralen Bewegungsstörungen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres (Kinder) ermöglicht auch die Abgabe von Leistungen in Krankengymnastik nach Vojta zur Behandlung von zentralen Bewegungsstörungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres (Erwachsene).

A) Eingangsvoraussetzungen für die Teilnehmer

Die Teilnehmer an der Weiterbildung müssen eine abgeschlossene Berufsausbildung als Physiotherapeut/Krankengymnast13 sowie zwei Jahre Be-rufserfahrung14(möglichst in der Behandlung von Kindern) nach Abschluss der Ausbildung nachweisen.

B) Weiterbildungscurriculum

Die nähere Ausgestaltung des Weiterbildungscurriculums obliegt der BHV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen. Bis auf weiteres gilt das Weiterbildungscurriculum entsprechend den Standards und Leitlinien der INTERNATIONALEN VOJTA
GESELLSCHAFT e.V. (I.V.G.).
1. Dauer: mindestens 300 Unterrichtseinheiten15
2. Dokumentation: Zeugnis über die erfolgreiche Teilnahme an der Weiterbildung

C) Mindestanforderungen an den Weiterbildungsträger

Die nähere Ausgestaltung der Mindestanforderungen an den Weiterbildungsträger obliegt der BHV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen. Bis auf weiteres gelten die Mindestanforderungen an den

Weiterbildungsträger entsprechend den Standards und Leitlinien der INTERNATIONALEN VOJTA GESELLSCHAFT e.V. (I.V.G.).

D) Mindestanforderungen an den Fachlehrer

Die nähere Ausgestaltung der Mindestanforderungen an den Fachlehrer obliegt der BHV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen. Bis auf weiteres gelten die Mindestanforderungen an den Fachlehrer (Vojta- INTERNATIONALEN VOJTA GESELLSCHAFT e.V. (I.V.G.).

E) Weiterbildungseinrichtungen

Die Weiterbildungsträger und -stätten, die die Erfüllung der vorgenannten Anforderungen nachgewiesen haben, werden in der Anlage 4 aufgeführt.

6. KG-ZNS nach Vojta nach Vollendung des 18. Lebensjahres

A) Eingangsvoraussetzungen für die Teilnehmer

Die Teilnehmer an der Weiterbildung müssen eine abgeschlossene Berufsausbildung als Physiotherapeut/Krankengymnast19 sowie zwei Jahre Berufserfahrung nach Abschluss der Ausbildung nachweisen.

B) Weiterbildungscurriculum

Die nähere Ausgestaltung des Weiterbildungscurriculums obliegt der BHV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen. Bis auf weiteres gilt das Weiterbildungscurriculum entsprechend den Standards und Leitlinien der INTERNATIONALEN VOJTA GESELLSCHAFT e.V. (I.V.G.).

1. Dauer: mindestens 120 Unterrichtseinheiten 21
2. Dokumentation: Zeugnis über die erfolgreiche Teilnahme an der Weiterbildung

C) Mindestanforderungen an den Weiterbildungsträger

Die nähere Ausgestaltung der Mindestanforderungen an den Weiterbildungsträger obliegt der BHV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen. Bis auf weiteres gelten die Mindestanforderungen an den Weiterbildungsträger entsprechend den Standards und Leitlinien der INTERNATIONALEN VOJTA GESELLSCHAFT e.V. (I.V.G.).

D) Mindestanforderungen an den Fachlehrer

Die nähere Ausgestaltung der Mindestanforderungen an den Fachlehrer obliegt der BHV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen. Bis auf weiteres gelten die Mindestanforderungen an den Fachlehrer (Vojta-Lehrtherapeut) entsprechend den Standards und Leitlinien der INTERNATIONALEN VOJTA GESELLSCHAFT e.V. (I.V. G.).

E) Weiterbildungseinrichtungen

Die Weiterbildungsträger und -stätten, die die Erfüllung der vorgenannten Anforderungen nachgewiesen haben, werden in der Anlage 6 aufgeführt.

DMPG

Nach unserem Kenntnisstand hat sich die Vojta-Therapie in wesentlichen therapeutischen Aspekten nicht verändert

2.1

Dem Behandlungsspektrum der Fachgesellschaft DMGP entsprechend kann lediglich zur Behandlung Erwachsener mit traumatischer und nicht-traumatischer Querschnittlähmung Stellung genommen werden. In einer entsprechenden AWMF-Leitlinie (179-009: Rehabilitation der unteren Extremität, der Steh- und Gehfunktion bei Menschen mit Querschnittlähmung) der DMGP) [9] gibt es eine Konsensus-Empfehlung zur Physiotherapie auf neurophysiologischer Basis, welche PNF, Bobath und Vojta-Therapie beinhaltet: „Physiotherapie auf neurophysiologischer Basis soll bei Menschen mit einer QSL in allen Phasen in den gesamten Therapieprozess integriert werden, um Tonus, Schmerzen, Gelenkbeweglichkeit, Koordination und motorisches Lernen bei Menschen mit QSL in der akuten, subakuten und chronischen Phase zu verbessern“. Bei nicht vorhandener Evidenz konnten auch keine Evidenz-basiserte Empfehlungen formuliert werden. Hierbei ist

anzumerken, dass die Vojta-Therapie bezogene Empfehlung nicht Evidenz-basiert ist, sondern v.a. auf ausdrücklichen Hinweis Betroffener, die an der Leitlinienerstellung beteiligt wurden, zurückzuführen ist. Schliesslich ist die Vojta-Therapie gemäß Heilmittelkatalog eine von 3 physiotherapeutischen Interventionsmöglichkeiten (neben PNF und Bobath-Therapie) bei Erkrankungen des Zentralnervensystems.

2.2

Jenseits der entsprechenden Ausbildungsangebote für PhysiotherapeutInnen, sind uns keine diesbezüglichen Curricula, Anleitungen für Bezugspersonen oder Aufklärungen bekannt

Bobath Zukunft! e. V.

In den Grundannahmen und im theoretischen Erklärungsmodell hat sich unserer fachlichen Ansicht nach keine Veränderung ergeben, die Konsequenzen für das therapeutische Vorgehen nach sich gezogen hätte. Die Beurteilung der Spontanmotorik wird allerdings mancherorts für die neurologische Beurteilung ergänzend zu den Lagereaktionen mit einbezogen. Die folgenden wissenschaftlichen Erkenntnisse haben in der Vojta-Therapie keinen Niederschlag gefunden.

Die Beantwortung von Frage 2.1 haben wir in weitere Aspekte (2.1 a bis 2.1 d) untergliedert:

2.1

2.1 a Bezug nehmend auf das zugrunde liegende Entwicklungsmodell:

Das der Vojta-Therapie zugrundeliegende Entwicklungsmodell postuliert, über die Reflexlokomotion eine direkte korrigierende Einwirkung auf basale Funktionen des ZNS nehmen und darüber eine normale Entwicklung höherer Funktionen ermöglichen zu können. Diese Wirkung sei ein Spezifikum der Therapiemethode. Es liegt die paradigmatische Annahme zugrunde, die kindliche Entwicklung verlaufe in strenger zeitlicher und funktioneller Ordnung - weitgehend hierarchisch organisiert. Diese Annahmen sind nach aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen nicht mehr haltbar.

Diese Betrachtungsweise lässt außer Acht, dass Entwicklung immer das Resultat aus dem engen Zusammenwirken genetischer Veranlagung und prägender Einflussfaktoren des interaktiven sozial-emotionalen, kulturellen und strukturellen Entwicklungsumfelds eines Kindes ist und diese Faktoren sich wechselseitig beeinflussen.

Individuelle Variabilitäten oder Abweichungen von der stufenweisen Entwicklungsfolge wurden in der Vojta-Diagnostik defizitorientiert als Pathologie gewertet und als Gefährdung des gesamten Entwicklungsgeschehens beurteilt. Es war lange von der „idealmotorischen“ Entwicklung die Rede. Die Vojta-Diagnostik und -Therapie stellt nahezu ausschließlich die neuromotorischen Funktionen in den zentralen Mittelpunkt der Entwicklungsbeurteilung. Andere Einflussparameter der kindlichen Entwicklung (wie z.B. Sehen, Vigilanz, genuine Neugier, Aufmerksamkeit, kommunikative Fähigkeiten, u.a.) werden nicht differenziert berücksichtigt und im therapeutischen Prozess adressiert.

Literatur:

Vojta V. (1988) Die zerebralen Bewegungsstörungen im Säuglingsalter. 5. Aufl. Enke Verlag Stuttgart [83]
Vojta V. und Schweizer E. (2009) Die Entdeckung der idealen Motorik. Pflaum Verlag [88]
Schlack H.-G. (1998) Welche Behandlung nützt behinderten Kindern? Kirchheim Verlag Mainz [67]
Braun K. (2004) Wie Gehirne laufen lernen. Magdeburger Wissenschaftsjournal 2/2004 [4]

2.1 b Bezug nehmend auf Erkenntnisse zu Haltungskontrolle und Bewegungssteuerung:

Die Kontrolle menschlicher Haltung und Bewegung setzt ein unglaublich komplexes System aus neurogenen, muskuloskelettalen und sensiblen Komponenten voraus und wird noch von einer Vielzahl anderer Faktoren beeinflusst. Die dynamische Systemtheorie von Shumway-Cook und Woollacott geht davon aus, dass Bewegungskontrolle und posturale Kontrolle aus der Interaktion des Individuums mit der jeweiligen Aufgabe und der Umgebung entsteht. Die Möglichkeit über Versuch-Irrtum-Prozesse ein variables und adaptives Bewegungsrepertoire zu entwickeln bildet die Grundlage für Kinder mit und ohne Bewegungsbeeinträchtigung, Bewegungsschemata für ein erfolgreiches Handeln auszuformen. Insbesondere weist eine antizipatorische (ggü.

einer kompensatorischen und damit reaktiven) Haltungskontrolle, für die selbstintendierte Bewegungen notwendig sind, eine stabilere und nachhaltigere Entwicklung auf.
Eine Besonderheit im Rahmen der Vojta-Therapie ist, die frühe Vertikalisierung von Kindern zu unterbinden. Dies widerspricht Erkenntnissen aus unterschiedlichen Gründen: Entwicklung der positionsbezogenen Haltungskontrolle, Entwicklung der zentralen Wachheit und Möglichkeit der visuellen Kontrolle eigener Handlungen und Umfeldgegebenheiten.
Literatur:

Hadders-Algra M., Brogren Carlberg, E. (2008). Postural control: a key issue in developmental disorders. Clinics in Developmental Disorders No 179. Mc Keith Press London [21]
Hadders-Algra M. (2018). Early human motor development: From variation to the ability to vary and adapt. In: Neuroscience and Biobehavioral Reviews 90, S. 411- 427. [20]
Hirschfeld H. (2007). Motor control and every day motor tasks. Guidance for neurological rehabilitation. In: Physiology and Behavior 92, S 161-166. [24]
Reddy V, Markova G, Wallot S. (2013). Anticipatory adjustments to being picked up in infancy. In: PloS one 8 (6), e65289. [59]
Shumway-Cook A. und Woollacott M.H. (2017). Motor Control – Translating Research into Clinical Practice. 5. Aufl. Wolters Kluwer. [69]

2.1 c Bezug nehmend auf Erkenntnisse zum motorischen Lernen:
Das limbische System spielt beim Lernen und in der kindlichen Entwicklung eine wesentliche Rolle. Es ist entscheidend für Lernen und Gedächtnisleistung und beeinflusst gleichzeitig Emotionen und neurovegetative Reaktionen maßgeblich. Motorisches Lernen wird in den Kategorien Performanz (Ausführung), Retention (Behaltensleistung), Adaptabilität (Anpassungsfähigkeit) und Transfer (Übertragungsleistung) beschrieben. Dieses benötigt, wie auch Lernen in anderen Dimensionen, selbstintendierte Bewegungsausführung, Motivation und geringes Stressniveau.
Alltagsbezogene Therapie ermöglicht die Adaptabilität von Bewegungsausführungen und sichert die notwendigen variablen Wiederholungen von neu erlernten Bewegungen im Alltag.
Literatur:

Ohrt B. (2006). Motorisches Lernen und seine Beziehung zu weiteren Dimensionen der kindlichen Entwicklung. In: Frühförderung Interdisziplinär 25, S. 145–158. [51]
Schmidt R.A., Lee T.D., Winstein C.J., Wulf G., Zelaznik H.N. (2019). Motor control and learning. A behavioral emphasis. 6. Aufl. Champaign, IL: Human Kinetics [68]
Wulf G. (2009) Aufmerksamkeit und motorisches Lernen. Urban & Fischer Verlag München [90]

2.1 d Bezug nehmend auf Erkenntnisse zur Bindungsentwicklung:
Das Kind selbst ist bereits ab Geburt in besonderem Maß an sozialer Interaktion interessiert. Schon das Neugeborene orientiert sich an seinen Bindungspersonen, ahmt nach und sucht aktiv den Kontakt – es ist schon früh selbstbestimmter Akteur seiner Entwicklung. Geleitet von seiner angeborenen Motivation und Neugier wählt es selektiv aus, womit es sich beschäftigen will. Die eigenaktiv genutzten Verknüpfungen im Netzwerk der Nervenzellen werden im Entwicklungsprozess gefestigt, nicht genutzte gehen wieder verloren. Lernprozesse bedürfen einer Atmosphäre der Geborgenheit und des Zutrauens, in der sich das Kind den Herausforderungen an der Leistungsgrenze vielfältig und wiederholt stellen kann. Die kindliche Eigenmotivation, (geteilte) Freude an Wiederholungen, Ansporn von außen, gemeinsame Rituale festigen die kindlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten des Handelns und der Kommunikation und etablieren sie im Alltag.
Aus neurobiologischer Sicht wird die Wechselwirkung von Stressregulation und Bindung durch frühkindliche Belastungsfaktoren beschrieben.
Literatur:

Brazelton T.B. (2008). Der kompetente Säugling – sein mächtiger Einfluss auf die Eltern-Kind-Bindung. In: Brisch K-H., Hellbrügge Th. (Hrsg.) Der Säugling – Bindung, Neurobiologie und Gene. Grundlagen für Prävention, Beratung und Therapie. Klett-Cotta Stuttgart. S. 207-224. [5]

Roth G., Eggle U.T. (2016). Neurobiologie von Schmerz und Stress. Die Bedeutung emotionaler Vernachlässigung und psychischer Traumatisierung in der Kindheit. Beitrag Themenheft „Stress-induzierte Hyperalgesie" In: Ärztliche Psychotherapie und Psychosomatische Medizin 3/2016. [61]

Strüber N. (2016) Die erste Bindung – wie Eltern die Entwicklung des kindlichen Gehirns prägen. Klett-Cotta Stuttgart S. 39-71 [73]

Strüber N. (2019) Risiko Kindheit. Klett-Cotta Stuttgart. S. 31-127. [74]

2.2

Entzieht sich unserer Kenntnis

VIFF-BV

2.1

Die Technik hat sich nicht grundlegend geändert. Bei Säuglingen und Kleinkindern hat sich die Herangehensweise deutlich verändert hinsichtlich des interaktionellen Umgangs der TherapeutInnen mit dem kleinen Kind; es wird großer Wert auf den kontinuierlichen Kontakt und Kommunikation mit dem Kind gelegt. In der Anleitung der Eltern steht der Beziehungsaspekt im Vordergrund, sowohl vor, während und nach der Behandlung. Die Therapie steht im Einvernehmen mit den Eltern. Die Therapie muss abgebrochen, bzw. beendet werden bei Eskalationen und Eltern-KindBeziehungsstörungen.

2.2

Curriculum der Weiterbildung- Vojta-Therapiekurse liegt bei der VDEK und beim IFK vor

VIFF-Sachsen Lebenshilfe Dresden

2.1

ja, stete Auseinandersetzung z.B.in Refresherkursen

2.2

ja,über Internationale Vojta-AG, siehe Website,z.B auch Flyer „Das Vojta-Prinzip"

DGOU

2.1

Die Vojta-Therapie wurde prinzipiell nicht entscheidend verändert. Da sie aber ein komplexes Therapieverfahren darstellt, kann sie gut auf die individellen Bedürfnisse des Kindes oder des involvierten Elternteils angepasst werden. Dies wird gelegentlich als Modifikation der Behandlung interpretiert. Die Grundlage bildet die frühkindliche Spontanmotorik, die frühkindlichen Spontanreaktionen und die Lagereaktionen des Neugeborenen, Säuglings oder Kleinkinds. Das Konzept benutzt damit den heute allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse auf diesem Gebiet.

2.2

Die Ausbildung zum Vojta-Therapeuten wird in Kursen durch die Internationale Vojta Gesellschaft e.V. angeboten und koordiniret. Es existieren Standards Leitlinien und ein Curriculum. Ansprechpartner ist die Internationale Vojta Gesellschaft e.V. (www. vojta.com).[31]

Physio-Deutschland

2.1

Ja neue Erkenntnisse werden evaluiert und fortlaufend in die Weiterbildung integriert.

2.2
Curricula und Empfehlungen:
Leitlinien und Standards der Internationale Vojta Gesellschaft (IVG)
Curriculum der IVG
Bücher:
Vojta, V., & Peters, A. (2007). *Das Vojta-Prinzip*. Springer-Verlag. [87]
Vojta, V. (2008). *Die zerebralen Bewegungsstörungen im Säuglingsalter*. Georg Thieme Verlag. [84]
Orth, H. (2017). *Das Kind in der Vojta-Therapie*. Elsevier Health Sciences. [52]
Vojta, V., & Schweizer, E. (2009). *Die Entdeckung der idealen Motorik*. [88]
Hammerschmidt, U., & Koch, J. (2018). *Leitfaden Physiotherapie in der Pädiatrie*. Elsevier Health Sciences [22]
Ackermann, W., Stuhlfelder, U., & Georg. (2022). *Physiotherapie in der Pädiatrie*. Stuttgart Georg Thieme Verlag. [1]

DGPTW

Nein
2.1
Nein
2.2
Orth, Heidi (2017): Das Kind in der Vojta Therapie. Urban & Fischer Verlag/Elsevier GmbH. ISBN 9783437469428 [52]

Bobath-Vereinigung_Wissenschaftsbeirat

2.1 2.2
Diese Unterfragen wurden nicht beantwortet.

Bobath-Vereinigung_Therapeut

2.1
Die Behandlung zeigt kleine Varianten in der Durchführung, der Kern (Positionen und Druckpunkte) hat sich nicht verändert.
2.2
Es gibt Bücher und Broschüren, sowie eine Literatur-Datenbank.

VAKJP

2.1 2.2
Diese Fragen wurden nicht beantwortet.

DGNR

2.1
Für die Vojta-Therapie ist keine wesentliche Weiterentwicklung in den letzten Jahrzehnten zu verzeichnen. Die Therapie ist nie nach dem Erkenntnisstand moderner Neurophysiologie und der Motorikwissenschaften modifiziert worden. Eine soliden statistischen Kriterien standhaltende systematische Evaluierung der Wirksamkeit dieses Therapieansatzes ist nicht erfolgt. Da heute andere, mit aktuellen entwicklungsneurologischen Erkenntnissen aber auch durch geeignete klinische Studien untermauerte Therapieverfahren zur Verfügung stehen, besteht streng genommen keine Berechtigung mehr, dass bestimmte Krankheitsbilder mit der Vojta-Therapie behandelt werden sollten. Grundsätzlich stehen für alle in Rede

stehenden Krankheitsbilder der durch die Vojta-Therapie angesprochenen Patientenzielgruppen heute Verfahren mit besser abgesicherter Wirksamkeit zur Verfügung. Es gibt bisher nur sehr wenige Versuche, das Evidenzniveau der Vojta-Therapie zu bestimmen. Auch eine kürzlich publizierte Metaanalyse (Sanchez-Gonzales et al 2024) zeigte bei durchgehend sehr geringer Qualität der untersuchten Studien nach dem GRADE System, keine signifikanten funktionellen Verbesserungen bei den meisten Indikationen. Insbesondere bei Kindern und Jugendlichen zeigten sich keine funktionell oder klinisch relevanten Effekte für neurologische, respiratorische und orthopädische Indikationen. Funktionell marginal signifikante Effekte ergaben sich lediglich für eine Verbesserung von Stand/Gang Funktionen bei erwachsenen Patienten mit Multipler Sklerose. Wie oben ausgeführt, fanden sich allerdings schwer interpretierbar signifikante Effekte für EEG- und EMG-Messungen, die aber nicht unmittelbar zu tatsächlich funktionell wirksamen Verbesserungen führten.
Literatur:

Sánchez-González JL, Sanz-Esteban I, Menéndez-Pardiñas M, Navarro-López V and Sanz-Mengíbar JM (2024) Critical review of the evidence for Vojta Therapy: a systematic review and meta-analysis. Front. Neurol. 15:1391448. doi: 10.3389/fneur.2024.1391448 [63]

2.2

Es sind zahlreiche Bücher im deutschsprachigen Raum zu dem Thema erschienen. z.B.

Vojta Václav. Die zerebralen Bewegungsstörungen im Säuglingsalter: Frühdiagnose und Frühtherapie (2008). Thieme Verlag 8te Auflage ISBN:9783131407689 [84]

Siehe auch https://www.vojta.com/de [31]

GNP

Die Therapie beziehungsweise das Konzept der Vojta-Therapie hat sich unserer fachlichen Ansicht nach seit der Entwicklung in den 1950er bis 1970er Jahren in wesentlichen therapeutischen Aspekten nicht verändert. Damit werden neue wissenschaftliche Erkenntnisse und evidenzbasierte Therapieansätze im Vojta-Konzept weitgehend ignoriert

2.1

siehe Ausführungen zu Punkt eins.

2.2

die IVG unterhält eine Internetseite mit ausführlichen Informationsmaterial. Sie enthält auch eine frei zugängliche Literatur Datenbank zur Vojta Therapie.
Das Kursziel einer Vojta Ausbildung ist erreicht, wenn folgende Punkte erreicht werden:
Das Kursziel ist erreicht, wenn der Teilnehmer am Ende des C-Kurses folgende Kriterien erfüllt:
die Inhalte der Lokomotionsprinzipien nach Vojta erklären kann,
die Muster der idealen motorischen Entwicldung des Menschen kennt und definieren kann, diese Muster und ihre Abweichungen (Ersatzmuster) beim Patienten erkennt und beschreiben kann
anhand des kinesiologischen Befundes den therapeutischen Fokus festlegen und entsprechend dazu sein Behandlungsprogramm definieren und begründen kann, Ausweichbewegungen im Rahmen der Aktivierung der Reflexlokomotionen beim Patienten erkennen und beschreiben kann, die Technik der Aktivierung der Reflexlokomotionen ausreichend beherrscht, benennen und adäquat therapeutisch einsetzen kann, Eltern oder Bezugspersonen der Patienten entsprechend therapeutisch anleiten kann.

DGSPJ

Bei der Vojta-Therapie werden nach wie vor die von Vaclav Vojta empirisch ermittelten sogenannten Zonen aktiviert, um angeborene Bewegungsmuster zu aktivieren. Hierbei übt der Therapeut an definierten Zonen Druck aus und appliziert damit einen afferenten Impuls. Insgesamt wurden bisher 10 Zonen beschrieben, die empirisch ermittelt wurden und sich über den Rumpf und die Extremitäten verteilen. Die Zonen werden im therapeutischen Prozess nach Bedarf kombiniert.

Zur Auslösung eines angeborenen Bewegungsmusters bedarf es einer spezifischen Ausgangslage des Patienten (Bauch-, Rücken- oder Seitenlage, Hocke) mit definierten Winkeleinstellungen der Extremitäten. Die Reize führen dann bei Menschen jeglichen Alters (auch schon bei Neugeborenen) je nach Ausgangslage zu einem der folgenden beiden Bewegungsimpulse: Dem Reflexumdrehen aus der Rückenlage über die Seitenlage bis zum Krabbelgang und dem Reflexkriechen, einem globalem Bewegungsmuster in der Bauchlage. Hierbei bedarf es keiner willentlichen Mitarbeit des Patienten. Ausweichbewegungen oder die Realisierung des aktivierten Bewegungsmusters werden durch den Therapeuten so gesteuert, dass bei längerer Stimulation eine räumliche und zeitliche Summation des Bewegungsimpulses entsteht, eine sogenannte Bahnung. Nach Vojtas Vorstellung kommt es zu einer verstärkten „afferenten Ansprache" der dem Bewegungsablauf zugrunde liegenden zentralnervösen Strukturen. Hierdurch sollen elementare Bewegungsmuster auch bei Menschen mit geschädigtem zentralem Nervensystem und Bewegungsapparat zumindest in Teilbereichen wieder zugänglich gemacht werden. Bei Neugeborenen können die Bewegungsimpulse durch Aktivierung einer Zone ausgelöst werden, bei Erwachsenen bedarf es meist einer Kombination mehrerer Zonen. Das Steuern und Bremsen der Bewegungen des Kopfes während der Therapie dient ebenfalls der Bahnung.
An dieser Grundlage der Therapie hat sich unseres Wissens seit deren Entwicklung keine Änderung ergeben. In der Anwendung wird die Therapie jedoch an das individuelle Therapieziel angepasst.

2.1

Die alleinige Anwendung der Vojta-Therapie nach dem unter 2.) dargestellten Konzept entspricht nicht dem heutigen allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse.

2.2

Eine zertifizierte Ausbildung zum Vojta-Therapeuten wird nach weltweit gleichem Standard durch die Internationale Vojta Gesellschaft (IVG) angeboten. Bezüglich des genauen Curriculums der Ausbildung verweisen wir auf die IVG. (https://www.vojta.com/de/) [31]

VPT

2.1

Uns ist kein Vergleich zwischen dem aktuellen und möglichen alten Vorversionen möglich, da uns diese nicht vorliegen.

2.2

Diese Unterfrage wurde nicht beantwortet.

IVG

Professor Dr. Vojta hat die Grundlagen seiner Diagnostik und Therapie, das Vojta-Prinzip, zwischen 1950 und 1970 entdeckt, systematisiert und standardisiert niedergeschrieben. In den zurückliegenden Jahrzehnten sind kontinuierlich praktische Erfahrungen und neue wissenschaftliche Erkenntnisse in die weitere Differenzierung des Behandlungsverfahrens eingeflossen.
Bis heute setzt sich die Internationale Vojta Gesellschaft e.V. fortlaufend mit Rückmeldungen behandelter Patient:innen, Erfahrungen von Bezugspersonen, Ergebnissen wissenschaftlicher Studien und Kritik an der Vojta-Therapie auseinander und nutzt diese zur Optimierung und Qualitätssicherung.
Die Therapie wird ab dem Neugeborenenalter bis hin zum und im Erwachsenenalter in der physiotherapeutischen Behandlung angeborener und erworbener Schädigungen im Bereich des zentralen und des peripheren Nervensystems zielführend angewendet.
Im Rahmen der therapeutischen Aspekte legt die IVG e.V. seit Jahren Wert auf einen achtsamen Umgang mit den Patient:innen und deren Bezugspersonen. Dies gilt sowohl in der Erwachsenentherapie als auch in der Therapie mit Säuglingen, Kindern und Jugendlichen. Zentraler Bestandteil der Vojta-Therapie ist eine individuell angepasste Behandlungsplanung unter Berücksichtigung der Belastbarkeit der Patient:innen jeglichen Alters und deren Bezugspersonen und/oder Familien.

In den zurückliegenden 25 Jahren, nach weitgehender Etablierung der Vojta-Therapie, richtete sich die Aufmerksamkeit der IVG auch auf die subtile Analyse anderer therapeutischer Verfahren im Hinblick auf die Kompatibilität der Methoden untereinander. Es ist zu klären: Wo finden sich Synergismen, wo verhalten sich die Methoden neutral zueinander und wo ist eine Kombination nicht empfehlenswert.
Die grundlegenden Auffassungen, basierend auf den unter (1) ausgeführten Vorstellungen, haben sich nicht verändert.

2.1

Sowohl innerhalb der IVG als auch im interdisziplinären Austausch mit Fachpersonen im In- und Ausland wurden zentrale Annahmen des Vojta-Prinzips fortlaufend kritisch überprüft und auf ihre Gültigkeit hinterfragt.
Unserer Erkenntnis befindet sich demnach das Grundprinzip nicht nur in Übereinstimmung mit den Erkenntnissen der Neurophysiologie, sondern neu gewonnene Erkenntnisse dieser Fachdisziplin haben in vielen Bereichen die von Prof. Dr. Vojta vertretenen Hypothesen bestätigt.
Zahlreiche Publikationen befassen sich mit Fragen der Wirksamkeit und potenziellen Nebenwirkungen der Therapie. Bereits im Jahr 1982 wurde in einer Dissertation (Thiessen-Hutter et al) [78]die Frage psychischer Belastungen der Beteiligten in differenzierter Weise untersucht.
In Studien bei Frühgeborenen (Giannantonio et al, 2010) [13] konnte gezeigt werden, dass die Anwendung der Vojta-Therapie sicher ist und die NIPS (Schmerz) und PIPP (Stress) Werte während der Behandlung unverändert blieben. Zusätzlich gibt es positive Effekte auf die Atmung, die wirksamer sind als bei anderen Maßnahmen.
Eine 2020 veröffentliche randomisierte, Endpunkt-verblindete Pilot-Studie (Epple et al, 2020) [10] konnte den Effekt und die Sicherheit der Vojta-Therapie in der sehr frühen Rehabilitation bei akuten Schlaganfall Patient:innen nachweisen. Es kam zu einer signifikanten Verbesserung der Rumpfkontrolle (im TCT Trunk Control Test) und der Oberarmfunktion (im Motor Evaluation Scale for Upper Extremity in Stroke Patients (MESUPES)). Nebenwirkungen wurden hierbei nicht beobachtet, im Gegenteil die Vojta-Therapie erwies sich in dieser Pilotstudie als sicher und durchführbar – auch in der sehr frühen Phase der Schlaganfallrehabilitation. Dies ist als wichtiges Signal für die klinische Anwendbarkeit zu werten.
Auch im Rahmen einer MRT-Untersuchung an gesunden Probanden (Hok et al., 2017) [25] wurde nachgewiesen, dass eine anhaltende periphere Druckstimulation komplexe generalisierte, unwillkürliche motorische Reaktionen induziert und sich die nachfolgende Spontanmotorik verändert. Dies deutet auf eine Hirnstammmodulation nach peripherer Druckstimulation hin. Die positive Nachwirkung der Vojta-Therapie wäre somit auf eine Hirnstammmodulation der pontomedullären Formatio reticularis zurückzuführen.
Zusammenfassend kann eingeschätzt werden, dass die lege artis durchgeführte Vojta-Therapie bei der gebotenen strengen Indikationsstellung und unter Beachtung potenzieller Nebenwirkungen ein differenziertes, wirksames Behandlungsverfahren darstellt, das dem aktuellen Stand medizinischer Erkenntnisse entspricht.

2.2

Die Ausbildung der Vojta-Therapeut:innen erfolgt nach ausführlichem und differenziertem Curriculum, das unter anderem mit dem Verband der Krankenkassen verhandelt worden ist und auch die Grundlage für die Zertifizierung der Behandlungsmaßnahme darstellt. Das Curriculum (Anhang 2) schließt sowohl den praktischen als auch den ärztlichen, theoretischen Unterricht ein.
Zum Vojta-Prinzip gehört neben der Therapieausbildung auch die entwicklungsneurologische Diagnostik, zu deren Theorie und Praxis interessierten Ärzten im In- und Ausland entsprechende curriculare Ausbildungskurse angeboten werden.
Wichtige ausführliche Publikationen zur Erklärung der Methode und als Hilfe bei der Anleitung für Eltern bzw. Bezugspersonen in der häuslichen Anwendung der Therapie werden in den Kursen vorgestellt und können im Buchhandel oder über die IVG-Homepage erworben werden. Hier sind vorrangig zu nennen: Vojta V./ Peters A.: „Das Vojta-Prinzip“ [87]; Orth H.: „Das Kind in der Vojta-Therapie“ [52];

Vojta V./Schweizer E.: „Die Entdeckung der idealen Motorik“ [88]. Auf dieser Grundlage erfolgen die Information, Instruktion und Begleitung der Eltern/Bezugspersonen im vertrauensvollen Kontakt mit den Therapeut:innen. Zu diesem Themenkreis liegen umfangreiche Buchpublikationen tschechischer und polnischer Autor:innen vor.

Im Weiteren gibt es in mehreren Sprachen Informationsbroschüren der IVG e.V. zur „Vojta-Therapie im Kindesalter“, und „VojtaTherapie im Erwachsenenalter“, diese sind auch über die Homepage Vojta.com zu beziehen.

Publikationen/Bücher:

Banaszek G., Rozwój niemowląt i jego zaburzenia a rehabilitacja metodą Vojty, Alfa Medica PressISBN: 8388778684 [2]

Skaličková–Kováčiková V., Diagnostika a fyzioterapie hybných poruch dle Vojty, RL-Corpus s.r.o., 2017 Olomouc [70]

Giannantonio, Carmen; Papacci, Patrizia; Ciarniello, Roberta; Tesfagabir, Mikael Ghennet; Purcaro, Velia; Cota, Francesco et al. (2010): Chest physiotherapy in preterm infants with lung diseases. In: Italian journal of pediatrics 36, S. 65. DOI: 10.1186/1824-7288-36-65. [13]

Skaličková–Kováčiková V.,Vojtova metoda není jen technika.Vedení fyzioterapie dětského pacienta Vojtovou metodou, praktické zkušenosti. RL - Corpus, s.r.o., 2020. Olomouc [72]

Skaličková–Kováčiková V.,Problémy kojenců v motorice, terapie Vojtovou metodou, Praktické informace (nejen) pro rodiče. RL -Corpus s.r.o., 2023. Olomouc [71]

Orth H., Das Kind in der Vojta Therapie, 3. Auflage, Urban Fischer Verlag [52]

Vojta V./Schweizer E., Die Entdeckung der idealen Motorik, 2.Auflage, IVG [88]

Vojta V/Petres A., Das Vojta Prinzip, 3. Auflage, Springer Verlag [87]

Abteilung Fachberatung Medizin

Addendum zur Überprüfung der Heilmittel-Richtlinie hinsichtlich der Regelungen zur Krankengymnastik zur Behandlung von ZNS-Erkrankungen: nachträgliche Ergänzungen der IVG zur schriftlichen Expertenbefragung

Auftrag / Anfrage von: AG HeilM-RL (Abteilung MVL)

Bearbeitet von: FBMed

Datum: 5. Mai 2026

Letzte Aktualisierung: 5. Mai 2026

Dateiname: Addendum_STN_IVG_2026-05-05.docx

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis 3
1 Sachverhalt 4
2 Methodisches Vorgehen 4
3 Ergebnisse 5
3.1 Zusätzliche Aspekte und Informationen 5
3.2 Zusätzliche Quellen und deren Bewertung 7
4 Fazit 10
Referenzen 11

Abkürzungsverzeichnis

DGN	Deutsche Gesellschaft für Neurologie e. V.
IVG	Internationale Vojta Gesellschaft e. V.
KG	Krankengymnastik
VT	Vojta-Therapie
ZNS	Zentrales Nervensystem

1 Sachverhalt

Die Antworten der Internationalen Vojta Gesellschaft e. V. (IVG) vom 23. Juni 2025 auf den Fragebogen zur ‚Überprüfung der Heilmittel-Richtlinie hinsichtlich der Regelungen zur Krankengymnastik zur Behandlung von ZNS-Erkrankungen' wurden zusammen mit den Rückmeldungen weiterer Organisationen, Fachgesellschaften und Experten/Expertin in den Aufarbeitungen nach Themenbereichen dargestellt.

Im Schreiben vom 14. April 2026 wurde der AG HeilM-RL (UA VL) nachträglich eine Ergänzung der Beantwortung des Fragebogens zugesandt, mit der Bitte um Berücksichtigung. Das Schreiben umfasst Ergänzungen zu den Antworten und eine rechtliche Einschätzung.

Die ergänzenden Antworten sowie die beigefügten Anlagen wurden von der FBMed dahingehend geprüft, ob weitere Erkenntnisse eingebracht werden, die bisher noch keine Berücksichtigung erfahren haben.

2 Methodisches Vorgehen

Die Prüfung des Schreibens vom 14. April 2026 durch die FBMed wurde auf Basis folgender Fragestellungen umgesetzt:

a) Werden in dem Schreiben vom 14. April 2026 im Vergleich zur Rückmeldung der IVG vom 23. Juni 2025 zusätzliche Aspekte oder Informationen aufgeführt, die bisher nicht adressiert wurden?

b) Finden sich in dem vorliegenden Schreiben im Vergleich zu den Rückmeldungen auf die Expertenbefragung vom 23. Juni 2025 Publikationen, die im Rahmen der Auswertung der Expertenbefragungen noch nicht bewertet wurden?

   Wenn ja: liefern diese Publikationen bzw. Studien weitere Erkenntnisse, die für die Überprüfung des Heilmittels KG ZNS relevant sind?

Die Prüfung umfasst die Angaben zu „**1 Ergänzungen der Antworten**" (Seite 1 bis 17) und die Anlagen bzw. den Anhang (Seite 23 bis 28).

Die „**2 Rechtliche Einordnung**" (Seite 17 bis 22) wird im Rahmen dieses Addendums nicht betrachtet.

3 Ergebnisse

Im Unterkapitel 3.1 wird dargestellt, ob sich in den ergänzenden Antworten der IVG zusätzliche Aspekte oder Informationen finden lassen, die bisher noch nicht adressiert wurden.

Im Falle, dass von der IVG neue bzw. noch nicht genannte Quellen im Schreiben vom 14. April 2026 angeführt wurden, werden diese im vorliegenden Addendum bewertet und auf ihre Relevanz geprüft (siehe Unterkapitel 3.2).

3.1 Zusätzliche Aspekte und Informationen

Die Expertenbefragung umfasste 16 Fragen. Im aktuellen Schreiben vom 14. April 2026 wurden 13 dieser Fragen aufgegriffen und mit zusätzlichen Ausführungen ergänzt.

Die Fragen **7** (physiotherapeutische Behandlungsalternativen), **11** (Unterschiede zu anderen Therapien) und **16** (Weiterentwicklung der VT vor dem Hintergrund der psychischen Belastbarkeit) wurden in dem Schreiben vom 14. April 2026 nicht erneut thematisiert.

Frage 1: wesentliche Wirkprinzipien (Seite 1 bis 5)

Zu dieser Fragestellung wurde im Schreiben die Publikation von **Pekna et al. (2012)** [9] zusätzlich angegeben. Diese Publikation wurde im Rahmen der Expertenbefragung bereits von der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) zitiert und in der Aufbereitung der Rückmeldungen im Themenblock V berücksichtigt.

Bei der Beschreibung des Wirkprinzips wird verdeutlicht, dass die VT zusätzlich zu den in der Rückmeldung der IVG vom 23. Juni 2025 benannten Hirnarealen das supplementär-motorische Areal sowie den primären motorischen Kortex aktiviere, welche für das gesamte System der motorischen Kontrolle zuständig sind. Als Evidenz der Aktivierung dieser Hirnareale werden keine Quellen benannt. Es wird das Potenzial der Behandlung mit der VT bei Kleinkindern, bei denen die angeborenen Bewegungskomplexe in der ursprünglichen Form ohne pathologische Veränderungen vorhanden sind, verdeutlicht. Die Therapieintensität wird als wesentlich für den Therapieerfolg bezeichnet. Anhand des Cortisolspiegels, der während der Therapie deutlich ansteigt und kurze Zeit nach der Therapie wieder abflacht, wird argumentiert, dass die VT eine ausreichende neuronale Aktivierung auslöst, diese jedoch zu keiner anhaltenden Stressbelastung führe. Dank der Anbahnung der physiologischen Bewegungsmuster sei die VT im Sinne der zielorientierten Therapie anzusehen, indem die verbesserte Körperkontrolle unmittelbar nach der Therapie die Umsetzung von funktionalen Aktivitäten unterstütze.

Frage 2: Veränderung des Konzepts der Vojta-Therapie (Seite 5 bis 7)

Das Schreiben vom 14. April 2026 ergänzt im Hinblick auf die Frage 3, dass sich aufgrund der evolutionsbiologischen Grundprinzipien der VT seit den 1970er Jahren aus der vorhandenen Evidenz keine wesentlichen Änderungen des Konzepts ergeben haben. Jedoch erfuhren Aspekte der klinischen Anwendung wie das Eltern-Coaching, Kommunikation sowie die Belastungssteuerung eine kontinuierliche Modernisierung.

Im Rahmen der Ergänzung wird die Publikation von **Velázquez-Iglesias et al. (2025)** [13] angegeben. Dies ist eine neue und bisher noch nicht berücksichtigte Quelle. Sie wird im Unterkapitel 3.2 dargestellt und bewertet. Die Studie ist eine von vielen, die eine Objektivierung und zuverlässige Messung der Effektivität der VT auf kindliche motorische Entwicklung anhand von modernen technologischen Lösungen anstreben. Bei der Studie von

Fionn Bayley (DRKS00026667), die explizit im Schreiben genannt wurde, handelt es sich um eine Validierungsstudie zur Messung der Rumpfstabilisierung.

Im Weiteren wurde in der Ergänzung zu Frage 2 auf eine Auflistung (siehe Anlage 2) mit laufenden Studien hingewiesen. Laut der Anlage 2 sind insgesamt zehn Studien entweder am Laufen oder bereits abgeschlossen. Aktuell sind jedoch keine Ergebnisse der Studien veröffentlicht. Bei sieben der Studien handelt es sich um RCTs: davon werden drei an erwachsenen Personen nach einem Schlaganfall (NCT07244952, NCT07307001, NCT06905457), zwei an Kindern mit einer Zerebralparese (NCT07291128, NCT06092619) und jeweils ein RCT an Kindern mit Down-Syndrom (NCT07248267) bzw. an Kindern mit infantiler Haltungsasymmetrie (DRKS00034699) durchgeführt. Bei den nichtrandomisierten Studien handelt es sich um einen Fallbericht (NCT07331948), eine Instrumentenvalidierung (DRKS00026667) und eine retrospektiv-prospektive Beobachtungsstudie (NCT07296003).

Frage 3: Evidenz zu kombinierten Ansätzen (Seite 7)

Inhaltlich wird in der Ergänzung der Antwort 3 auf die Kombination bzw. den Vergleich der VT mit dem Bobath-Ansatz im Kinderbereich hingewiesen. Auf Basis von **Machnia et al. (2026)** [6] und **Jung et al. (2017)** [5] wird eine Überlegenheit der VT gegenüber dem Bobath-Ansatz berichtet.

Als Herausstellungsmerkmal der VT wird aufgeführt, dass über die Therapie eine neurophysiologische Basis bereitgestellt wird, auf der ein zielgerichtetes Training (goal-directed training) mit funktionellen Ansätzen stattfinden kann. Die Vojta-TherapeutInnen nutzen das in diesem Kontext erstmalig genannte „neurologische Zeitfenster“, um die gewonnene motorische Kompetenz gemeinsam mit den PatientInnen in konkrete Alltagsaktivitäten zu überführen.

Zu dieser Fragestellung wurde die Publikation von **Machnia et al. (2026)** [6] zusätzlich angegeben. Es handelt sich um eine neue und bisher noch nicht berücksichtigte Quelle. Sie wird in Unterkapitel 3.2 dargestellt und bewertet.

Frage 4: Indikationen (Seite 7 bis 11)

Zusätzlich zu Erkrankungen des ZNS wird die Indikation zur VT bei pädiatrisch-hämatoonkologischen PatientInnen benannt.

Zu dieser Fragestellung wurden die Publikationen **Konjen et al. (2022)** [7] und **Machnia et al. (2026)** [6] zusätzlich angegeben. Die Studie von **Machnia et al. (2026)** wird im Unterkapitel 3.2 dargestellt und bewertet.

Die Studie von **Konjen et al. (2022)** [7] wurde in den Rückmeldungen auf die Expertenbefragung nicht zitiert. Allerdings findet sich diese Studie in der Stellungnahme der FBMed vom 27. Juni 2024 (Unterkapitel 4.1: Seite 15 bis 19) [1] und wird dort im Rahmen der Meta-Analyse von **Sánchez-González et al. (2024)** [12] dargestellt und bewertet.

Frage 5: Kontraindikationen (Seite 11 bis 12)

Das schrieben vom 14. April 2026 ergänzt, dass hämatoonkologische Erkrankungen keine Kontraindikation gegen die VT darstellen und die VT in dieser Indikation sicher angewendet werden kann.

Die in Ergänzung zur Antwort aufgeführte Publikation von **Jevič et al. (2023)** [4] wurde von der IVG in der Anlage 3 ihrer Rückmeldung auf die Expertenbefragung angegeben. Allerdings fand keine Zuordnung durch die IVG zu einer Frage statt, so dass diese Publikation noch nicht bewertet wurde (siehe Unterkapitel 3.2).

Fragen 6, 8, 9: Rolle der Bezugspersonen, Schulung, häusliche Anwendung (Seite 12 bis 13)

In der vorliegenden Ergänzung der Antwort zu diesem Themenkomplex wird auf den Kritikpunkt eingegangen, dass die VT die Eltern-Kind-Beziehung beeinträchtigen könnte. Die aufgeführten Studien werden als Belege angesehen, dass die VT die Eltern-Kind-Bindung eher stärken würde. Thematisiert werden die Begleitung der Eltern, die häusliche Umsetzung der VT durch die Eltern und die Supervision durch die Vojta-Therapeuten.

Bis auf die Studie von **Jung et al. (2017)** [5] und drei weiteren Publikationen (siehe unten) wurden die aufgeführten Quellen von der IVG bereits in der Rückmeldung auf die Expertenbefragung angegeben und dort berücksichtigt und bewertet.

Die Publikationen von **Konjen et al. (2022)** [7] und **San-Martín-Gómez et al. (2026a** und **2026b)** [10, 11] wurden zu dieser Fragestellung zusätzlich angegeben. Zur Studie von **Konjen et al. (2022)** [7] siehe oben die Ausführungen zu Frage 4. Die beiden Studien von **San-Martín-Gómez et al.** [10, 11] werden im Unterkapitel 3.2 dargestellt und bewertet.

Fragen 10, 13, 14, 15: Schädigungspotenzial und Stressreaktionen (Seite 13 bis 15)

In der vorliegenden Ergänzung der Antwort zu diesem Themenkomplex wird auf das häufig kritisierte Schreien der Säuglinge im Rahmen der VT eingegangen, welches weiterhin als kein Anzeichen für ein Schädigungspotenzial der VT angesehen wird.

Die Publikationen von **Jevič et al. (2023)** [4] und **San-Martín-Gómez et al. (2026a** und **2026b)** [10, 11] wurden zu dieser Fragestellung zusätzlich angegeben. Zur Publikation von **Jevič et al. (2023)** [4] siehe oben die Ausführungen zu Frage 5. Die beiden Studien von **San-Martín-Gómez et al.** [10, 11] werden im Unterkapitel 3.2 dargestellt und bewertet.

Frage 12: Vorteile gegenüber anderen Therapien, Evidenz (Seite 15 bis 17)

In der ergänzenden Antwort zu Frage 12 werden von der IVF andere Aspekte als in der Rückmeldung auf die Expertenbefragung angegeben. Der Fokus richtet sich auf die Umsetzung der VT bei Säuglingen und Kindern. Dabei wird hervorgehoben, dass eine aktive Mitarbeit der PatientInnen nicht notwendig ist und die VT somit für Säuglinge und schwer beeinträchtigte PatientInnen geeignet ist. Bzgl. der Behandlung Frühgeborener mit Atem- und Schluckstörungen wird der systematische Review von **Igual Blasco et al. (2023)** [3] und für eine Frühbehandlung von Zerebralparese-Risikokindern wird der RCT von **Konjen et al. (2022)** [7] genannt. Für beide PatientInnengruppen wird im Schreiben ausgeführt, dass es im Heilmittelkatalog keine physiotherapeutischen Alternativen zur VT gibt (Unersetzbarkeit). Im Weiteren wird eine messbare Überlegenheit der VT gegenüber dem Bobath-Ansatz gesehen. Als Beleg dazu werden drei Studien angeführt: ein RCT von **Jung et al.** (2017) [5] und zwei retrospektive Studien von Machnia et al. (2026) [6] bzw. **Hohendahl et al. (2023)** [2].

Eine hohe Behandlungsintensität, die durch eine Einbindung der Eltern möglich ist, wird als entscheidend für den strukturbildenden Effekt in den sensiblen Entwicklungszeitfenstern angesehen.

In der ergänzenden Antwort wurden die Publikationen von **Konjen et al. (2022)** [7] und **Machnia et al. (2026)** [6] zusätzlich zitiert. Zur Studie von **Konjen et al. (2022)** [7] siehe oben die Ausführungen zu Frage 4. Die Studie von **Machnia et al. (2026)** [6] wird im Unterkapitel 3.2 dargestellt und bewertet

3.2 Zusätzliche Quellen und deren Bewertung

Im Vergleich zu den Antworten der Expertenbefragung wurden im Schreiben vom 14. April 2026 vier zusätzliche Publikationen genannt, die zum Zeitpunkt der Befragung – vom 29. April

2025 bis 10. Juni 2025 – noch nicht bzw. im Fall von **Velázquez-Iglesias et al. (2025)** [13] direkt in diesen Zeitraum veröffentlicht worden waren:

- **Machnia et al. (2026)** [6] Comparison of the Effectiveness of Vojta Therapy and the NDT Bobath Concept in the Treatment of Congenital Muscular Torticollis in Infants — A Retrospective Cohort Pilot Study. Journal of Clinical Medicine 15(3), 1286.
- **San-Martín-Gómez et al. (2026a)** [10]. "Demanding, but Worth It": The Parental Experience of Home-Based Vojta Therapy for Children Presenting Global Developmental Delay. Journal of Clinical Medicine 15(1).
- **San-Martín-Gómez et al. (2026b)** [11]. Parental Concerns and Active Participation in Home-Based Vojta Therapy for Children with Global Developmental Delay. Healthcare 14(1).
- **Velázquez-Iglesias et al. (2025)** [13]. Postural Analysis in Ventral and Dorsal Decubitus Babies Using Deep Learning Techniques: A Protocol Study. https://www.mdpi.com/2077-0383/14/9/3096

Im Folgenden werden die wesentlichen Punkte sowie die methodische Einordnung der einzelnen Studien dargestellt. Eine tabellarische Übersicht findet sich in Tabelle 1.

Bei der Publikation von **Machnia et al. 2026** [6] handelt es sich um eine monozentrische retrospektive Beobachtungsstudie, in der die Effektivität der VT mit der Bobath-Therapie in der Anwendung bei Kindern mit angeborener muskulärer Tortikollis verglichen wurde. Insgesamt 53 Kinder im Alter von bis zu fünf Monaten mit einer Ultraschall-bestätigten Diagnose der muskulären Tortikollis wurden nicht randomisiert, anhand der Verfügbarkeit der PhysiotherapeutInnen, entweder der VT oder Bobath-Therapie zugeordnet. Kinder beider Gruppen wurden 20 Wochen lang zweimal wöchentlich 30 Minuten lang mit der jeweiligen Therapie in der physiotherapeutischen Praxis behandelt. Eltern wurden zusätzlich zur Behandlung in der Häuslichkeit drei- bis viermal täglich angeleitet. Kinder, die an weniger als 80% der Termine teilgenommen haben, wurden in der Auswertung nicht beachtet. Als Studienendpunkte wurde das Ausmaß der Halsbeweglichkeit, konkret die Kippung und Rotation im Nacken, gemessen durch zwei verblindete Ärztinnen mittels standardisierter Goniometrie, zur Baseline und nach der 20-wöchigen Intervention erhoben. Funktionale Endpunkte wie motorische Fähigkeiten oder Lebensqualität wurden nicht erhoben. Statische Modelle wurden für das Alter zur Baseline adjustiert. Die Kipp- sowie Rotationsbewegung nach der Therapie war statistisch signifikant größer, wenn die Therapie zwischen dem ersten und zweiten Lebensmonat im Vergleich zum dritten bis vierten Lebensmonat begonnen wurde. Die Rotations- sowie Kippbewegung nach der VT hat sich um ca. 5° mehr als nach der Bobath-Therapie verbessert (Kippbewegung: MD = −5.69 (−8.13; −3.25) <0.001), (Rotationsbewegung: MD = −5.89 [−8.57; −3.21], $p < 0.001$). Die beobachteten Ergebnisse der Interventionen können möglicherweise durch die nichtrandomisierte Gruppenzuteilung, das retrospektive Studiendesign sowie die kleine Stichprobe und die Vielzahl ungemessener Confounder-Variablen (nicht systematisch erhobene Schwere, Variabilität der TherapeutInnen und familiäres Engagement) verzerrt sein.

San-Martin-Gomez et al. führten eine multizentrische qualitative zweistufige Studie zur Untersuchung der psychischen Belastung bei Eltern von Kindern mit einer globalen Entwicklungsverzögerung durch die heimbasierte VT durch. In vier Zentren wurden mittels Convenience-Sampling zehn Eltern von Kindern in der VT rekrutiert. Eltern waren für die Teilnahme an der Studie geeignet, wenn ihren Kindern VT im Umfang von mehr als dreimal in der Woche für mindestens zwei Monate verordnet wurde. In der ersten Phase wurden in der Publikation **San-Martin-Gomez et al. (2026b)** [11] teilnehmende Eltern in semistrukturierten Einzelinterviews zu den aus deren Sicht relevantesten Aspekten, den Implikationen für die Kinder sowie der gesamten Erfahrung mit der häuslichen Anwendung der VT befragt. Alle

Interviews wurden transkribiert und anschließend induktiv Kategorien gebildet. Kategorien wurden durch Forschende inhaltlich analysiert und folgende Themenblöcke wurden final gebildet: Beteiligung der Eltern, Wahrnehmung der Ergebnisse der VT sowie elterliche Bedenken bezüglich der Umsetzung der VT.

Als Grundlage der Interviews der zweiten Phase (**San-Martin-Gomez et al. (2026a)** [10]) wurde die „Foto-Elizitation-Methode“ verwendet, in der Teilnehmende Fotos einreichen, die aus deren Sicht am besten die Erfahrung mit der häuslichen Anwendung der VT repräsentiert. Anhand der Bilder wurden vier leitende Fragen für die Interviews hergeleitet. Interviews wurden, ähnlich wie in der ersten Phase, transkribiert und inhaltlich anhand von gebildeten Kategorien durch zwei unabhängige Forschende qualitativ analysiert. Abschließend wurden die wichtigste Themenblöcke aus den Interviews der ersten Phase mit zutreffenden Bildern der zweiten Phase kombiniert und in Konferenzen diskutiert. Als wichtigste vier inhaltliche Themen wurden: das Weinen während der Therapie; Achterbahn der Gefühle; Mühe, die sich auszahlt, sowie Hoffnung beschrieben.

Bei der Publikation von **Velázquez-Iglesias et al. (2025)** [13] handelt es sich um ein Studienprotokoll einer querschnittlichen Beobachtungsstudie zur Entwicklung einer Deep-Learning-Software zur Echtzeitanalyse der kleinkindlichen Körperhaltung im Liegen. Diese Software soll mithilfe von künstlicher Intelligenz therapiebedürftige Aspekte der Körperhaltung bei Kindern bis zu sechs Lebensmonaten objektivieren. Das entwickelte Tool soll dazu dienen, die Körperlage bei gesunden, physiologisch entwickelten Kindern zu definieren, die Körperlage mit den altersgerechten Normen abzugleichen und leichte Abweichungen der Norm von Pathologien abzugrenzen.

Bei der Publikation von **Jevič et al. (2023)** [4], die bereits im Rahmen der Expertenbefragung von der IVG angegeben wurde, handelt es sich um ein Positionspapier der Tschechischen Onkologischen Gesellschaft. Laut den kinderonkologischen Fachgesellschaften wird der Einsatz der VT bei allen Tumorarten in allen Phasen der onkologischen Behandlung als unterstützend angesehen.

Tabelle 1: Zusammenfassung der neu bekannt gewordenen Publikationen

Autor (Jahr)	Evidenzstufe	Population / Indikation	Anmerkungen
Machnia et al. (2026) [6]	III	Kinder mit angeborener muskulärer Tortikollis	Vojta vs. Bobath Retrospektive, nichtrandomisierte Studie (N = 53)
San-Martín-Gómez et al. (2026a) [10]	qualitativ	Kindern globaler Entwicklungsverzögerung	Qualitative Interviews zu Belastungen durch die VT
San-Martín-Gómez et al. (2026b) [11]	qualitativ	Kindern globaler Entwicklungsverzögerung	-II-
Velázquez-Iglesias et al. (2025) [13]	IV	Gesunde Kinder bis zu 6 Monaten	Studienprotokoll zur Entwicklung einer KI zur Untersuchung der Körperhaltung von Kleinkindern
Jevič et al. (2023) [4]	V	Kinder mit onkologischen Erkrankungen	Positionspapier der Tschechischen Onkologischen Gesellschaft

4 Fazit

In dem vorliegenden Schreiben vom 14. April 2026 finden sich ergänzende Antworten der IVG zu ihrer Rückmeldung auf die Expertenbefragung vom 23. Juni 2025. Dabei fokussieren sich die Aussagen im Schreiben auf Säuglinge und Kinder.

Das Wirkprinzip der VT wurde um weitere relevante Hirnareale, die durch die VT aktiviert werden und für die motorische Kontrolle zuständig sind, erweitert. Die hinreichende Reizintensität sowie der frühe Behandlungsbeginn werden als relevant für den Therapieerfolgt dargestellt. Das ansonsten unveränderte Konzept der VT wird kontinuierlich in Aspekten der klinischen Anwendung (Eltern-Coaching, Kommunikation, Belastungssteuerung) modernisiert. Es wurde ergänzt, dass die VT für hämatoonkologische PatientInnen nicht kontraindiziert, sondern förderlich sei. In Bezug auf die Rolle der Bezugspersonen in der VT wurde verdeutlicht, dass die VT eher die Eltern-Kind-Bindung stärken würde. Dahingegen wird das kindliche Schreien nicht als Anzeichen für ein Schädigungspotenzial der VT angesehen. Hinsichtlich des Vergleichs der VT mit anderen Behandlungsmethoden wurde verdeutlicht, dass es im Heilmittelkatalog bei der Streichung der VT keine sonstige Therapiemöglichkeit von schwer betroffenen Kindern geben würde, da die VT eine Therapieoption ohne erforderliche Eigenaktivität darstellt. Zum kombinierten Einsatz der VT mit anderen Behandlungsmethoden wird aufgeführt, dass die VT als eine geeignete vorbereitende Maßnahme für anschließendes funktionales aufgabenorientiertes Training angewendet werden kann.

Die meisten in dem Schreiben zitierten Quellen wurden bereits in den Rückmeldungen auf die Expertenbefragung zitiert und wurden dementsprechend in den Themenblöcken I bis V berücksichtigt und bewertet.

Insgesamt wurden vier neuere Publikationen [6, 10, 11, 13] identifiziert, die in den Rückmeldungen zur Expertenbefragung nicht enthalten waren. Eine weitere Publikation [4] aus dem Jahr 2023 war in den Aufarbeitungen der einzelnen Themenblöcke noch nicht bewertet worden.

Diese ergänzende Evidenz umfasste eine retrospektive Studie [8], zwei qualitative Interviewstudien [10, 11], ein Studienprotokoll [13] und ein Positionspapier der Tschechischen Onkologischen Gesellschaft [4]. Die retrospektive Beobachtungsstudie von Machnia et al., 2026 [8] untersucht, ob die VT der Bobath-Therapie in der Behandlung der muskulären Torticollis bei Kindern bis zum sechsten Lebensmonat überlegen ist. Diese Studie geht jedoch mit schwerwiegenden methodischen Einschränkungen einher und die Ergebnisse können daher als möglicherweise verzerrt angesehen werden. Die Stude soll ebenfalls hervorheben, dass ein besonders früher Therapiebeginn unabhängig von der Behandlungsmethode förderlich ist.

Anhand der ergänzenden Publikationen und der Auflistung laufender oder vor kurzem beendeter Studien (Anlage 2 des Schreibens) wird im Schreiben auf Folgendes hingewiesen: „*Ein zentraler Fokus der laufenden Forschung liegt auf der datengestützten Objektivierung klinischer Ergebnisse, um die Vojta-Therapie technologisch belastbar zu validieren*.“

Referenzen

1. **Abteilung Fachberatung Medizin.** Die Vojta-Therapie im Zusammenhang mit der Heilmittelrichtlinie als veranlasste Leistung bei KG ZNS Kinder und KG ZNS für Erwachsene; Stellungnahme für die AG Heilmittelrichtlinie [unveröffentlicht]. Berlin (GER): Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA); 27.06.2024.
2. **Hohendahl L, Hohendahl J, Lemhöfer C, Best N.** The effect of pediatric physiotherapy on positional plagiocephaly: a retrospective trial. Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin 2022;33(6):344-351. https://dx.doi.org/10.1055/a-1917-0677.
3. **Igual Blasco A, Pinero Penalver J, Fernandez-Rego FJ, Torro-Ferrero G, Perez-Lopez J.** Effects of chest physiotherapy in preterm infants with respiratory distress syndrome: a systematic review. Healthcare (Basel) 2023;11(8):1091. https://dx.doi.org/10.3390/healthcare11081091.
4. **Jevič F, Vlčková B, Pavliňáková K, Kobesová A.** Vojta therapy is not contraindicated in pediatric hematooncology and oncology patients. Rehabilitace a fyzikální lékařství 2023;30(2):72-78. https://dx.doi.org/10.48095/ccrhfl202372.
5. **Jung MW, Landenberger M, Jung T, Lindenthal T, Philippi H.** Vojta therapy and neurodevelopmental treatment in children with infantile postural asymmetry: a randomised controlled trial. J Phys Ther Sci 2017;29(2):301-306. https://dx.doi.org/10.1589/jpts.29.301.
6. **Machnia M, Plusajski A, Lesniak E, Urazinska K, Kaluzynski W.** Comparison of the effectiveness of Vojta therapy and the NDT Bobath concept in the treatment of congenital muscular torticollis in infants-a retrospective cohort pilot study. J Clin Med 2026;15(3):1286. https://dx.doi.org/10.3390/jcm15031286.
7. **Nipaporn K, Lakkana C, Suwandee E, Atchariyaporn L, Sopatip R.** Effectiveness of Vojta therapy on gross motor function in children with cerebral palsy at GMFCS Levels 4 and 5: a randomized controlled trial. Journal of the Medical Association of Thailand 2022;105(11):1120-1126. https://dx.doi.org/10.35755/jmedassocthai.2022.11.13705.
8. **Papoušek M.** Frühe Störungen der frühsprachlichen Kommunikation und Eltern-Kind-Beziehung: ein Indikationsfeld für Prävention und interaktionzentrierte Eltern-Säuglingspsychotherapie. Hamm: Auditorium; 1997.
9. **Pekna M, Pekny M, Nilsson M.** Modulation of neural plasticity as a basis for stroke rehabilitation. Stroke 2012;43(10):2819-2828. https://dx.doi.org/10.1161/STROKEAHA.112.654228.
10. **San-Martin-Gomez A, Cano-de-la-Cuerda R, Jimenez-Antona C, Viana-Meireles LG, Salcedo-Perez-Juana M, Perez-Corrales J, et al.** "Demanding, but worth it": the parental experience of home-based Vojta therapy for children presenting global developmental delay-a qualitative study using photo-elicitation. J Clin Med 2025;15(1):45. https://dx.doi.org/10.3390/jcm15010045.
11. **San-Martin-Gomez A, Jimenez-Antona C, Salcedo-Perez-Juana M, Viana-Meireles LG, Palacios-Cena D.** Parental concerns and active participation in home-based Vojta therapy for children with global developmental delay: a qualitative study using interviews and photo-elicitation. Healthcare (Basel) 2026;14(1):104. https://dx.doi.org/10.3390/healthcare14010104.

12. **Sanchez-Gonzalez JL, Sanz-Esteban I, Menendez-Pardinas M, Navarro-Lopez V, Sanz-Mengibar JM.** Critical review of the evidence for Vojta therapy: a systematic review and meta-analysis. Front Neurol 2024;15:1391448. https://dx.doi.org/10.3389/fneur.2024.1391448.

13. **Velazquez-Iglesias S, Moreno-Rodilla V, Curto-Diego B, Perez-Robledo F, Llamas-Ramos R, Calvo-Arenillas JI, et al.** Postural analysis in ventral and dorsal decubitus babies using deep learning techniques: a protocol study. J Clin Med 2025;14(9):3096. https://dx.doi.org/10.3390/jcm14093096.

Beschlussentwurf

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) insbesondere aufgrund von Hinweisen aus der Versorgung zur Durchführung der Vojta-Therapie bei Kindern)

Vom TT. Monat 2026

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am TT. Monat 2026 beschlossen, die Heilmittel-Richtlinie in der Fassung vom 20. Januar 2011/19. Mai 2011 (BAnz. S. 2247), die zuletzt durch die Bekanntmachung des Beschlusses vom 15. Mai 2025 (BAnz AT 04.08.2025 B3) geändert worden ist, wie folgt zu ändern:

I. Die Richtlinie wird wie folgt geändert:

1. In § 13 Absatz 2 Satz 3 Buchstabe h werden im Klammerzusatz die Wörter „KG-ZNS [Bobath] oder“ gestrichen.
2. In § 13a Absatz 1 Buchstabe h. werden im Klammerzusatz die Wörter „KG-ZNS [Bobath]“ oder“ gestrichen.
3. § 19 Absatz 3 wird wie folgt geändert:

   a) Nummer 5 wird wie folgt neu gefasst:

   „5. Krankengymnastik Zentrales Nervensystem: KG-ZNS-Kinder*) und KG-ZNS*)

   [1]Physiotherapeutische Maßnahmen zur Behandlung von ZNS-Erkrankungen einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen (KG-ZNS und KG-ZNS-Kinder) umfassen indikationsbezogene, gezielte 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. [2]Die Verordnung von KG-ZNS-Kinder kann längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres erfolgen. [3]Ab dem vollendeten 18. Lebensjahr erfolgt für Erwachsene die Verordnung von KG-ZNS. [4]KG-ZNS und KG-ZNS-Kinder dienen insbesondere der Verbesserung und Wiederherstellung der Muskelfunktion (Muskelkraft, -ausdauer, -koordination und -tonus), der Förderung von Bewegung, Koordination, Haltung, posturaler Kontrolle und Gleichgewicht, der Verbesserung sensorischer und propriozeptiver Funktionen und der Stabilisierung vegetativer Funktionen. [5]Sie tragen zudem zur Verbesserung von Mobilität, Bewegungsübergängen und Transfers, bewegungsbezogenen Aktivitäten sowie alltagsrelevanter Selbstständigkeit und zur Vermeidung sekundärer Schädigungen einschließlich des Erhalts der Gelenkfunktion bei. [6]Physiotherapeutische Maßnahmen nach Satz 1 sind insbesondere:

a) Maßnahmen der Bewegungsanbahnung,

b) Maßnahmen des Kraft- und Koordinationstrainings,

c) Maßnahmen zur Regulation des Muskeltonus,

d) Maßnahmen der posturalen Kontrolle einschließlich der Förderung automatischer Haltungs- und Gleichgewichtsreaktionen,

e) Maßnahmen der Mobilisation und der sensomotorischen Förderung,

f) Maßnahmen zur Stabilisierung vegetativer Funktionen und der Verbesserung der Lagerung sowie

g) des funktionellen und alltagsbezogenen Trainings, gegebenenfalls unter Nutzung vorhandener Hilfsmittel.

[7]Die zur Anwendung kommenden physiotherapeutischen Maßnahmen sowie die Therapieziele sind abhängig vom Therapieverlauf insbesondere im Hinblick auf unerwünschte Wirkungen fortlaufend zu überprüfen und bei Bedarf anzupassen. [8]Insbesondere bei angeborenen oder frühkindlich erworbenen Schädigungen des zentralen Nervensystems hat die Therapeutin oder der Therapeut zudem bei der Behandlung entwicklungsabhängige Funktionen, alters- und lebensweltbezogene Anforderungen sowie die daraus resultierenden relevanten Risiken zu berücksichtigen. [9]Mitwirkende Bezugspersonen sind von der Therapeutin oder dem Therapeuten umfassend über das therapeutische Vorgehen aufzuklären und entsprechend praktisch anzuleiten. [10]Insbesondere bei KG-ZNS-Kinder bedarf es einer Aufklärung über Risiken der Therapie und Warnzeichen zum Beispiel im Hinblick auf Überforderung, Stressreaktionen oder Beziehungsstörungen und zur Umsetzung der Maßnahme einer entsprechenden umfassenden praktischen Anleitung. [11]Die Behandlung wird ausschließlich als Einzeltherapie verordnet.“

4. Nummer 6 wird gestrichen.

5. Die bisherige Nummer 7 wird die Nummer 6.

II. Der Zweite Teil der HeilM-RL (Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen: Heilmittelkatalog) wird wie folgt geändert:

1. Im Verzeichnis der gebräuchlichen Abkürzungen im Heilmittelkatalog wird die Zeile „KG-ZNS“ wie folgt neu gefasst:

„KG-ZNS	Krankengymnastik Zentrales Nervensystem einschließlich neuromuskulärer Erkrankungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres”

2. Im Verzeichnis der gebräuchlichen Abkürzungen im Heilmittelkatalog wird die Zeile „KG-ZNS-Kinder“ wie folgt neu gefasst:

„KG-ZNS-Kinder	Krankengymnastik Zentrales Nervensystem einschließlich neuromuskulärer Erkrankungen bei Kindern bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres”

III. Die Änderung der Richtlinie tritt am Tag nach Ihrer Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den TT. Monat 2026

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Tragende Gründe

zum Beschlussentwurf 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) insbesondere aufgrund von Hinweisen aus der Versorgung zur Durchführung der Vojta-Therapie bei Kindern

Vom T. Monat JJJJ

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 Wesentlichen 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 22
5.3 Änderung im Verzeichnis der gebräuchlichen Abkürzungen im Heilmittelkatalog 22
6. Würdigung der Stellungnahmen 22
7. Bürokratiekostenermittlung 23
8. Verfahrensablauf 23
9. Fazit 23

1. Rechtsgrundlage

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) 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 G BA 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 G-BA soll der G-BA 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 G-BA (FB Med) eine Zusammenfassung der Hinweise und Erfahrungsberichte bzgl. negativer Effekte durch die Behandlung mit der Vojta-Therapie

[1] Richtlinie des G-BA 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 G-BA 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 G-BA 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 Stellungnahme berechtigte 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 G-BA vom 04.08.2023. *Darstellung subjektiver Erfahrungen und Zusammenfassung der Hinweise bzgl. negativer Effekte durch die Behandlung mit der Vojta-Therapie*. Siehe Anlage X Zusammenfassenden Dokumentation.

[3] Stellungnahme der Fachberatung Medizin des G-BA 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 X Zusammenfassenden Dokumentation.

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

[5] Verteiler der Expertenbefragung. Siehe Anlage X Zusammenfassenden Dokumentation.

[6] Fragebogen zur Überprüfung der Heilmittel-Richtlinie hinsichtlich der Regelungen zur Krankengymnastik zur Behandlung von ZNS-Erkrankungen. Siehe Anlage X 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 G-BA 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 XX Zusammenfassenden Dokumentation.

[8] Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses, zuletzt geändert am 15. Mai 2025 [online]. Berlin (GER): G-BA; 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 G-BA 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 G-BA vom 25.11.2025)[9]. In den Tabellen 2 und 3 sind die Evidenzstufen der zitierten Literatur hierzu abgebildet.

4.1.1 Wesentlichen 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 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, Affektdesignintegration und

[9] Stellungnahmen der Fachberatung Medizin des G-BA vom 25.11.2025 (Themenkomplex V); siehe Anlage XX Zusammenfassenden Dokumentation.

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 G-BA 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 G-BA vom 01.08.2025 (Themenkomplex I); siehe Anlagen XX Zusammenfassenden Dokumentation.

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 G-BA 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 G-BA vom 29.08.2025 (Themenkomplex III); siehe Anlagen XX Zusammenfassenden Dokumentation.

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 G-BA 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 G-BA vom 08.08.2025 (Themenkomplex II); siehe Anlagen XX Zusammenfassenden Dokumentation.

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 G-BA 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 G-BA vom 17.09.2025 (Themenkomplex IV); siehe Anlagen XX Zusammenfassenden Dokumentation.

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

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 Propriozeptive Neuromuskuläre 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 eingeschränkte 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 standardisierten 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.

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 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,
- 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,
- Anleitung von Bezugspersonen zur Unterstützung der Bewegungsförderung und des Transfers im Alltag.

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. 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. Bezugspersonen werden je nach Bedarf dadurch in die Therapie einbezogen, indem sie therapeutische Maßnahmen im Alltag eigenständig umsetzen.
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

[…]

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	G-BA	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
TT.MM.JJJJ	UA VL	
TT.MM.JJJJ	UA VL	
TT.MM.JJJJ	G-BA	

9. Fazit

[…]

Berlin, den T. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Stellungnahme zur Änderung der Heilmittel-Richtlinie: Überprüfung der Regelungen zur Krankengymnastik zur Behandlung von ZNS-Erkrankungen (KG-ZNS und KG-ZNS-Kinder) insbesondere aufgrund von Hinweisen aus der Versorgung

Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) – Kommission für interprofessionelle Zusammenarbeit in der Neurologie	
04.06.2026	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	**Begründung**
Anlagen 1-4 – keine spezifischen Änderungswünsche	Allgemeine Stellungnahme: Als Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) möchten wir inhaltlich nur zu den Aspekten Stellung nehmen, die die Behandlung **Erwachsener** betreffen. Die Beurteilung der spezifischen Aspekte, die sich auf die Behandlung von Kindern beziehen, möchten wir den Kollegen der (Neuro-)Pädiatrie überlassen. Auf Basis der **DGN-Leitlinien** möchten wir darauf hinweisen, dass darin meist **keine speziellen Therapieschulen (Bobath, Vojta)**, **sondern konkrete Therapieprinzipien** empfohlen werden. Zudem bestehen Hinweise auf eine fehlende Überlegenheit o.g. Therapieschulen gegenüber anderen Verfahren. Die DGN-Leitlinien fokussieren auf funktionelle Ziele, Intensität, Wiederholungen, aufgabenorientiertes Training und Teilhabe statt auf bestimmte Konzepte. Entsprechend sollte sich eine Heilmittel-Verordnung daher eher an **methodenoffenen Therapiezielen und Funktionsstörungen** orientieren mit konkreten Maßnahmen (z.B. Bewegungsanbahnung, Kraft- und Koordinationstraining, Tonusregulation, posturale Kontrolle etc). Wichtig wäre insgesamt die Betonung: • **Verordnung vorrangig nach neurologischer Indikation und Funktionsziel/Therapieintensität,** • **freie Wahl der individuell passenden Methode durch qualifizierte Therapeuten,** • **Qualitätsanforderungen über Kompetenzen (z.B. definierte Fort-/Weiterbildung, neurologische Mindestkompetenzen, evidenz-/leitlinienbasiertes Vorgehen) und Behandlungsergebnisse statt über die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Therapieschule** • Ggf. Integration digitaler und technischer Verfahren Die Änderung der Heilmittel-Richtlinie wird somit insgesamt befürwortet.

Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) – Kommission für interprofessionelle Zusammenarbeit in der Neurologie	
04.06.2026	
Anlage 5	Hier möchten wir vorschlagen, noch den Verband für Physiotherapie (https://www.vpt.de/der-verband/ueber-uns/) hinzuzuziehen für eine eigene Stellungnahme.

Von:	DGOU
An:	AG Heilmittel-Richtlinie
Betreff:	WG: Fachgesellschaften, Organisationen und Verbände | Bitte um Stellungnahme | Geplante Änderung der Heilmittel-Richtlinie
Datum:	Donnerstag, 25. Juni 2026 12:52:18
Anlagen:	image003.png image001.jpg image002.jpg image004.jpg image005.jpg image008.jpg DGOU_an_GBA_StN_ZNS-Erkrang_Fragebogen_2025_06.pdf

ACHTUNG: Hierbei handelt es sich um eine externe E-Mail. Seien Sie achtsam beim Öffnen von Links und Anhängen.
Sollten Sie sich unsicher sein, kontaktieren Sie uns gern unter it@g-ba.de.

Sehr geehrter Herr Hellbardt,
sehr geehrte Damen und Herren,

im Auftrag unserer Generalsekretäre, Herrn Professor Bernd Kladny und Herrn Professor Sascha Flohé bedanken wir uns für die Gelegenheit zur Stellungnahme zur Änderung der Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL): „Überprüfung der Regelungen zur Krankengymnastik zur Behandlung von ZNS-Erkrankungen (KG-ZNS und KG-ZNS-Kinder) insbesondere aufgrund von Hinweisen aus der Versorgung.

Die Unterlagen wurden erneut seitens der Sektion Rehabilitation - Physikalische Therapie der DGOU und der Sektion Kinder- und Jugendorthopädie und -traumatologie der DGOU geprüft, mit dem Ergebnis, dass auch bezüglich der aktuellen Anfrage erneut auf die bereits eingereichte Stellungnahme der DGOU vom 02.06.2026 verwiesen wird. Diese fügen wir in der Anlage nochmals bei.

Mit freundlichen Grüßen
Nora Friebe
DGOU-Geschäftsstelle

Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e V. (DGOU)

Straße des 17. Juni 106-108
(Eingang Bachstraße)
10623 Berlin
Tel. 030 – 340 60 36 00
E-Mail: office@dgou.de
Homepage: http://www.dgou.de

Gemeinsamer Bundesausschuss

Stellungnahme zur Änderung der Heilmittel-Richtlinie: Überprüfung der Regelungen zur Krankengymnastik zur Behandlung von ZNS-Erkrankungen (KG-ZNS und KG-ZNS-Kinder) insbesondere aufgrund von Hinweisen aus der Versorgung

Gesellschaft für Neuropädiatrie – GNP	
26. Juni 2026	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	**Begründung**
Die GNP befürwortet den Änderungsvorschlag, die spezifischen Behandlungsverfahren Bobath und Vojta nicht mehr aufzuführen und **grundsätzlich** auf die historisch-namentliche Nennung spezieller Verfahren zu verzichten. Gleichzeitig wird unterstrichen, dass die Maßstäbe medizinisch-wissenschaftlicher Evidenz Anwendung finden sollen	Die fachlichen Hintergründe zu dem Themenspektrum der funktionellen Therapien (Physiotherapie, Ergotherapie, Sprachtherapie) im Kindes- und Jugendalter sind komplex. Für Fragen oder einen weiterführenden Austausch steht die GNP mit ihrer Expertise für alle neurologischen „Erkrankungen, Entwicklungsverzögerungen und Entwicklungsstörungen“ im Kindes- und Jugendalter jederzeit und gerne zur Verfügung.

Stellungnahme zur Änderung der Heilmittel-Richtlinie: Überprüfung der Regelungen zur Krankengymnastik zur Behandlung von ZNS-Erkrankungen (KG-ZNS und KG-ZNS-Kinder) insbesondere aufgrund von Hinweisen aus der Versorgung

Bobath Zukunft! Lehrende in der Neuropädiatrie	
29.06.2026	
Unser Kommentar bezieht sich nur auf den Bereich der therapeutischen Versorgung von Neugeborenen, Säuglingen, Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungs- und Bewegungsstörungen sowie erwachsen gewordenen Menschen mit angeborenen oder kindlich erworbenen Beeinträchtigungen, da unsere Expertise für diese Personengruppe vorhanden ist.	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Ausgangspunkt der Fragestellung waren Hinweise aus der Versorgungspraxis, dass möglicherweise durch die Behandlungen (Vojta) Schädigungen bei Säuglingen und Kleinkindern entstehen. Da in der Heilmittelrichtlinie neben Vojta auch Bobath aufgeführt wird, wirken sich die Ergebnisse der Überprüfung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss mit dem Entwurf zur Neuformulierung des Heilmittels KG ZNS Kinder auch auf Bobath aus.	Wir begrüßen ausdrücklich die Überarbeitung der Beschreibung des Heilmittels KG-ZNS-Kinder, da die bisherige Formulierung in wesentlichen Teilen nicht mehr dem aktuellen Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse sowie der heutigen physiotherapeutischen Versorgungspraxis. Aus unserer Sicht ist jedoch fraglich, ob die Ergebnisse einer Befragung, die primär auf die Vojta-Therapie fokussiert ist, eine ausreichende Grundlage für die grundlegende Neufassung einer Heilmittelposition darstellen, die mehrere therapeutische Ansätze umfasst. Eine solche Neuausrichtung sollte idealerweise auf einem gesonderten fachlichen Klärungs- und Konsensprozess beruhen, an dem die relevanten Fachgesellschaften, Berufsverbände und wissenschaftlichen Expertinnen und Experten beteiligt sind. Sollte ein solcher Prozess bereits stattgefunden haben, ist dieser für uns nicht ausreichend nachvollziehbar dokumentiert. Darüber hinaus sehen wir die Gefahr, dass eine detaillierte Aufzählung einzelner therapeutischer Maßnahmen innerhalb der ICF-Dimension „Körperfunktionen und -strukturen“ die notwendige Flexibilität einer evidenzbasierten und patientenzentrierten Therapie einschränken kann. Aus unserer Sicht wird dadurch die Qualitätssicherung physiotherapeutischer Versorgung nicht zwangsläufig verbessert. Vielmehr besteht das Risiko, dass der Fokus auf einzelne Maßnahmen gelenkt wird, anstatt auf die Steuerung des gesamten Therapieprozesses entsprechend der individuellen Zielsetzung und Teilhabesituation des Kindes. Sollte ein eigenständiger fachlicher Erarbeitungsprozess für die Beschreibung der Heilmittelposition nicht vorgesehen sein, halten wir es für erforderlich, die Auswirkungen auf das Bobath-Konzept gesondert zu prüfen. Vojta und Bobath stellen unterschiedliche therapeutische

Bobath Zukunft! Lehrende in der Neuropädiatrie	
29.06.2026	
Unser Kommentar bezieht sich nur auf den Bereich der therapeutischen Versorgung von Neugeborenen, Säuglingen, Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungs- und Bewegungsstörungen sowie erwachsen gewordenen Menschen mit angeborenen oder kindlich erworbenen Beeinträchtigungen, da unsere Expertise für diese Personengruppe vorhanden ist.	
	Ansätze in der Behandlung von Kindern mit neurologischen Erkrankungen dar und sollten daher nicht pauschal gemeinsam bewertet werden. Das Bobath-Konzept befindet sich seit vielen Jahren in einem kontinuierlichen wissenschaftlichen und konzeptionellen Weiterentwicklungsprozess. Dies wird unter anderem im aktuellen Curriculum des Bobath-Konzeptes (2023) unter den Abschnitten „Ursprünge des Bobath-Konzeptes“ sowie „Stetige Weiterentwicklung des Bobath-Konzeptes“ ausdrücklich beschrieben. Eine Bewertung des Konzeptes sollte daher den aktuellen Entwicklungsstand und die fortlaufende fachliche Weiterentwicklung berücksichtigen. Darüber hinaus erscheint es aus unserer Sicht sinnvoll, im Zuge einer Neufassung die Bezeichnung des Heilmittels von „Krankengymnastik ZNS Kinder“ in „Physiotherapie ZNS Kinder“ zu ändern. Dies würde der aktuellen Berufsbezeichnung, dem modernen physiotherapeutischen Selbstverständnis sowie der internationalen Terminologie besser entsprechen und die Anschlussfähigkeit an nationale und internationale fachliche Entwicklungen verbessern.
Die Frage, ob zwischen Säuglingen und Kindern sowie Erwachsenen Unterschiede in den Wirkprinzipien bestehen, wird von vielen Expert*innen aufgrund unbekannter Wirkmechanismen mit „keine Unterschiede“ beantwortet. Zusammenfassung der Heilmittel KG ZNS und KG ZNS Kinder unter §19 Absatz 3 Nummer 5 in der Beschlussentwurf	Aufgrund der grundsätzlichen Unterschiede zwischen den Personengruppen, für die die Heilmittelpositionen KG-ZNS-Kinder und KG-ZNS vorgesehen sind, halten wir eine Zusammenführung dieser beiden Heilmittelpositionen für fachlich nicht zielführend. Die Unterschiede ergeben sich nicht nur aus den jeweiligen Diagnosen und Krankheitsbildern, sondern insbesondere aus den entwicklungsneurologischen Voraussetzungen der Patientinnen und Patienten. Bei Kindern müssen die Prozesse von Entwicklung, Reifung und Wachstum sowie deren langfristige Auswirkungen auf Funktion, Aktivität und Teilhabe berücksichtigt werden. Therapeutische Entscheidungen erfordern daher stets eine Einschätzung der komplexen Wechselwirkungen zwischen neurologischer Schädigung, Entwicklungsverlauf und Umweltfaktoren. Im Kindesalter besteht die zentrale therapeutische Aufgabe darin, motorische Lernprozesse, die Entwicklung neuronaler Netzwerke sowie den Erwerb von Handlungs- und Bewegungsstrategien zu unterstützen. Dies geschieht vor dem Hintergrund eines sich noch entwickelnden Nervensystems, das entweder von Geburt an neuroanatomische Besonderheiten aufweist oder durch frühkindliche Läsionen beeinflusst wurde. Therapie zielt daher nicht allein auf die Verbesserung

Bobath Zukunft! Lehrende in der Neuropädiatrie	
29.06.2026	
Unser Kommentar bezieht sich nur auf den Bereich der therapeutischen Versorgung von Neugeborenen, Säuglingen, Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungs- und Bewegungsstörungen sowie erwachsen gewordenen Menschen mit angeborenen oder kindlich erworbenen Beeinträchtigungen, da unsere Expertise für diese Personengruppe vorhanden ist.	
	vorhandener Funktionen ab, sondern auf die Begleitung und Ermöglichung von Entwicklungsprozessen. Demgegenüber verfügen erwachsene Patientinnen und Patienten in der Regel bereits über ausgereifte motorische, kognitive und alltagsbezogene Handlungskonzepte. Nach einer erworbenen neurologischen Schädigung besteht die therapeutische Zielsetzung häufig darin, den Zugang zu bereits erlernten Fähigkeiten und Handlungsstrategien wiederherzustellen, vorhandene Ressourcen zu reaktivieren und Kompensations- beziehungsweise Adaptationsstrategien zu entwickeln. Vor diesem Hintergrund erscheint die im Dokument dargestellte Schlussfolgerung, zwischen Kindern und Erwachsenen bestünden aufgrund unklarer Wirkmechanismen keine relevanten Unterschiede, aus unserer Sicht nicht nachvollziehbar. Unabhängig von den zugrunde liegenden Wirkmechanismen einzelner Therapiekonzepte unterscheiden sich die neurobiologischen Voraussetzungen, die Therapieziele, die therapeutischen Prozesse sowie die langfristigen Perspektiven von Kindern und Erwachsenen grundlegend. Zusammenfassend gilt aus unserer Sicht weiterhin: Kinder sind keine „kleinen Erwachsenen“. Dieser Grundsatz muss sich auch in der Struktur und Beschreibung der Heilmittelpositionen widerspiegeln.
Entwurf des GBA über konzeptneutrale Änderung der Heilmittelrichtlinie §19 Absatz 3	Aus unserer Sicht sollten Heilmittelpositionen in erster Linie die fachlichen Anforderungen an den therapeutischen Entscheidungs- und Handlungsprozess beschreiben. Hierzu gehören insbesondere die für den Clinical-Reasoning-Prozess erforderlichen Wissensbestände sowie die wesentlichen Prozessschritte physiotherapeutischer Versorgung, wie Anamnese, Befunderhebung, Zieldefinition, Therapieplanung, Evaluation und Dokumentation. Darüber hinaus sollte die Berücksichtigung des individuellen Lebensumfeldes der Patientinnen und Patienten ausdrücklich einbezogen werden, da dieses maßgeblich zur Nachhaltigkeit therapeutischer Interventionen beiträgt. Auf dieser Grundlage können die jeweils erforderlichen therapeutischen Maßnahmen individuell abgeleitet, kombiniert und hinsichtlich ihrer Dosierung an die Bedürfnisse des Kindes angepasst werden. Die Auswahl einzelner Maßnahmen ist dabei Ergebnis eines strukturierten therapeutischen Entscheidungsprozesses und nicht dessen Ausgangspunkt.

Bobath Zukunft! Lehrende in der Neuropädiatrie	
29.06.2026	
Unser Kommentar bezieht sich nur auf den Bereich der therapeutischen Versorgung von Neugeborenen, Säuglingen, Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungs- und Bewegungsstörungen sowie erwachsen gewordenen Menschen mit angeborenen oder kindlich erworbenen Beeinträchtigungen, da unsere Expertise für diese Personengruppe vorhanden ist.	
	Die im Beschlussentwurf vorgesehene starke Fokussierung auf einzelne Maßnahmen auf der Ebene der Körperfunktionen und -strukturen der ICF wird den Anforderungen einer modernen, evidenzbasierten und personenzentrierten Physiotherapie aus unserer Sicht nicht gerecht. Eine qualitätsgesicherte Versorgung zeichnet sich nicht primär durch die Aufzählung bestimmter Maßnahmen aus, sondern durch ein methodisch begründetes Vorgehen, das auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen basiert, individuell auf die Bedürfnisse des Kindes abgestimmt wird und durch standardisierte Evaluation sowie nachvollziehbare Dokumentation begleitet wird. Für die Personengruppe, für die das Heilmittel KG-ZNS-Kinder verordnet wird, wird Therapie in der wissenschaftlichen Literatur und im Kontext evidenzbasierter Versorgung als komplexe Intervention verstanden. Komplexe Interventionen sind dadurch gekennzeichnet, dass therapeutische Entscheidungen nicht auf einzelne Maßnahmen reduziert werden können, sondern die Berücksichtigung vielfältiger Einflussfaktoren und deren Wechselwirkungen erfordern. Hierzu zählen unter anderem die neurologische Ausgangssituation, Entwicklungsstand, Aktivität, Teilhabe, Umweltfaktoren, familiäre Ressourcen sowie die individuellen Ziele des Kindes und seiner Bezugspersonen. Auch die im Heilmittelbericht 2026 des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) dargestellten Überlegungen verdeutlichen, dass die Qualität physiotherapeutischer Versorgung wesentlich durch den Clinical-Reasoning-Prozess und die Steuerung des Therapieprozesses bestimmt wird. Die therapeutische Intervention ist dabei als dynamischer Prozess zu verstehen und nicht als die bloße Summe einzelner Maßnahmen. Eine detaillierte Auflistung von Maßnahmen kann daher die Komplexität physiotherapeutischer Entscheidungsfindung nur unzureichend abbilden. Vor diesem Hintergrund bitten wir nachdrücklich darum, die notwendige Überarbeitung der Positionsbeschreibung KG-ZNS-Kinder in einem eigenständigen fachlichen Konsensprozess zu erarbeiten. Ziel sollte eine Beschreibung sein, die den Anforderungen moderner Physiotherapie, den Prinzipien komplexer Interventionen sowie den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen zur Therapieprozessgestaltung gerecht wird. Mayston et al. (2026). REASON CP: a systems-based framework for clinical reasoning to support participation across the lifespan in childhood-onset neurodisability. Frontiers in Public Health DOI 10.3389/fpubh.2026.1800273

Bobath Zukunft! Lehrende in der Neuropädiatrie	
29.06.2026	
Unser Kommentar bezieht sich nur auf den Bereich der therapeutischen Versorgung von Neugeborenen, Säuglingen, Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungs- und Bewegungsstörungen sowie erwachsen gewordenen Menschen mit angeborenen oder kindlich erworbenen Beeinträchtigungen, da unsere Expertise für diese Personengruppe vorhanden ist.	
	Schröder, Kopkow, Waltersbacher, Bachayov, Schreyögg. (2026) Heilmittel-Report 2026. Qualität der Heilmittelversorgung. Berlin, Heidelberg: Springer. doi.org/10.1007/978-3-662-73466-7 Anlage 3 Grafiken zum Clinical Reasoning-Prozess und dem therapeutischen Vorgehen im Rahmen des Bobath-Konzeptes
Entfernung des Zusatzes Bobath, Vojta aus der Heilmittelbeschreibung (Beschlussentwurf S.2; II)	Grundsätzlich teilen wir die in den Tragenden Gründen dargestellte Einschätzung, dass die Verwendung konzeptbezogener Bezeichnungen wie „Bobath“ oder „Vojta“ innerhalb von Heilmittelbeschreibungen kritisch zu betrachten ist. Vor dem Hintergrund einer evidenzbasierten und patientenzentrierten Versorgung erscheint es sinnvoll, therapeutische Anforderungen und inhaltliche Merkmale zu beschreiben, anstatt bestimmte Konzepte oder Schulen als Labels zu benennen. Insofern unterstützen wir die Überlegung, die Heilmittelbeschreibung stärker an fachlichen Inhalten, therapeutischen Zielsetzungen und den hierfür erforderlichen Kompetenzen auszurichten, anstatt einzelne Therapiekonzepte ausdrücklich aufzuführen. Gleichzeitig wird aus den Tragenden Gründen deutlich, dass die Bewertung konzeptbezogener Ansätze erschwert wird, wenn dabei auf überholte oder nicht mehr aktuelle Beschreibungen zurückgegriffen wird. Dies zeigt sich exemplarisch an der auf Seite 18 der Tragenden Gründe wiedergegebenen Charakterisierung des Bobath-Konzeptes als „Hemmen und Bahnen“. (siehe Erläuterung zu Alternativen zur Vojta Therapie S. 9) Vor diesem Hintergrund sollte bei der Beurteilung von Therapiekonzepten stets deren aktueller fachlicher Entwicklungsstand berücksichtigt werden. Eine Bewertung auf Grundlage historischer oder vereinfachender Darstellungen birgt die Gefahr, die tatsächliche Weiterentwicklung der Konzepte nicht angemessen abzubilden. Aus unserer Sicht spricht dies jedoch nicht für die Beibehaltung konzeptbezogener Labels in der Heilmittelbeschreibung. Vielmehr unterstreicht es die Notwendigkeit, Heilmittelpositionen anhand aktueller fachlicher Anforderungen, therapeutischer Kompetenzen und qualitätsgesicherter Therapieprozesse zu beschreiben, anstatt einzelne Konzepte oder deren historische Ausprägungen zum Maßstab zu machen.

Bobath Zukunft! Lehrende in der Neuropädiatrie	
29.06.2026	
Unser Kommentar bezieht sich nur auf den Bereich der therapeutischen Versorgung von Neugeborenen, Säuglingen, Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungs- und Bewegungsstörungen sowie erwachsen gewordenen Menschen mit angeborenen oder kindlich erworbenen Beeinträchtigungen, da unsere Expertise für diese Personengruppe vorhanden ist.	
Indikationsbezogene gezielte therapeutische Maßnahmen (Satz 1 in §19 Absatz 3 Nummer 5 HeilM-RL neu)	Aus unserer Sicht sind die Indikationen im Heilmittelkatalog zu aktualisieren und sollten einer ätiologischen Systematik folgen Indikationenliste zur Behandlung nach einer Weiterbildung für KG ZNS Kinder (Systematik nach Ätiologie) • Hirnanlagestörungen (z.B. Mikrozephalie, Balkenagenesie, Lissenzephalie, Pachygyrie, Polymikrogyrie, Schizenzephalie u.a.) • genetisch oder Stoffwechsel-bedingte Entwicklungsstörungen (z.B. Trisomie 21, Angelman-Syndrom, Glutarazidurie) • peripartal erworbene Schädigung des zentralen Nervensystems im Sinne einer Cerebralparese (spastisch, dyskinetisch, ataktisch) • nach Frühgeburtlichkeit • umschriebener Entwicklungsstörung der motorischen Funktion (UEMF) oder minimaler neurologischer Dysfunktion (MND) • erworbene Schädigungen des ZNS / peripheren NS durch o entzündliche Erkrankungen wie z.B. Meninitis / Enzephalitis; Poliomyelitis; Guillain-Barré-Syndrom o onkologische Erkrankungen • Unfallbedingte Schädigungen des ZNS wie z.B. Schädel-Hirntrauma, Zustand nach plötzlichem Kindstod (SIDS), Ertrinkungsunfall, Schütteltrauma • Schlaffe Paresen wie z.B. Plexusparesen, Spina bifida, Querschnittslähmung nach Trauma • Neuromuskuläre Erkrankungen wie z.B. Muskelatrophien, -dystrophien • Sinnesbeeinträchtigungen (Sehen, Hören) • Muskelhypotonie generalisiert z.B. durch Bindegewebsschwäche • Neuroorthopädische Indikationen wie z.B. Fußfehlstellungen, Hüftdysplasie, Lage- und Haltungsasymmetrien wie Plagiocephalus, KISS Syndrom
Aussagen aus den Tragenden Gründen bzgl. des Verständnisses einer Familien- und Alltagsorientierter Therapie:	Kritische Lebensereignisse wie Frühgeburtlichkeit, Infektionen, schwere Erkrankungen oder Unfälle können je nach sensitiver Reifungsphase des Gehirns schwerwiegende Langzeitfolgen für die Entwicklung nach sich ziehen. Dem gegenüber stehen Resilienzfaktoren

Bobath Zukunft! Lehrende in der Neuropädiatrie	
29.06.2026	
Unser Kommentar bezieht sich nur auf den Bereich der therapeutischen Versorgung von Neugeborenen, Säuglingen, Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungs- und Bewegungsstörungen sowie erwachsen gewordenen Menschen mit angeborenen oder kindlich erworbenen Beeinträchtigungen, da unsere Expertise für diese Personengruppe vorhanden ist.	
Eltern als Co Therapeuten / Schulung von Bezugspersonen / Alltagsbezogenes Training	der Gesundheit (z.B. gesunde Ernährung, Bewegung, Schutz vor Infektionen), aber auch Resilienzfaktoren der sozio-emotionalen Entwicklung, wie verlässliche Beziehungen, kindgerechte Interaktionen und einfühlsame Responsivität der Bezugspersonen. Nach entwicklungswissenschaftlichem Verständnis ist das Kind von Geburt an bereits aktiver Mitgestalter seiner Entwicklung. Es ist kein Wesen, das von „primitiven Reflexen“ gesteuert wird. Lern- und Entwicklungsprozesse entstehen durch eigenaktive Auseinandersetzung mit der Umwelt, soziale Interaktion und die Teilnahme an bedeutungsvollen Alltagssituationen. Entwicklung kann daher nicht auf einzelne Funktionen oder Bewegungsabläufe reduziert werden, sondern vollzieht sich immer im Kontext von Beziehungen, Erfahrungen und Teilhabemöglichkeiten. Lernprozesse sind individuell. Sie bedürfen einer Atmosphäre der Geborgenheit und des Zutrauens, in der sich das Kind den Herausforderungen an der Leistungsgrenze vielfältig und wiederholt stellen kann. Die kindliche Eigenmotivation, (geteilte) Freude an Wiederholungen, Ansporn von außen, gemeinsame Rituale festigen die kindlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten des Handelns und etablieren sie im Alltag. Insbesondere Geschwister regen zur Imitation an – ein bedeutsamer Faktor in der frühkindlichen Entwicklung. Vor diesem Hintergrund greifen die in den Tragenden Gründen verwendeten Begriffe „Schulung von Bezugspersonen“ und „alltagsbezogenes Training“ aus unserer Sicht zu kurz. Eltern und andere Bezugspersonen werden nicht primär darin angeleitet, therapeutische Maßnahmen durchzuführen. Vielmehr werden sie dabei unterstützt, die Signale, Bedürfnisse, Bewegungsinitiativen und Entwicklungsmöglichkeiten ihres Kindes besser zu verstehen und entwicklungsfördernde Situationen im Alltag zu erkennen und zu gestalten. Alltagsorientierung bedeutet dabei nicht die Übertragung einzelner Therapieübungen in den häuslichen Alltag. Der Alltag selbst ist der zentrale Entwicklungs- und Lernraum des Kindes. Aufgabe der Therapie ist es, gemeinsam mit den Bezugspersonen Bedingungen zu schaffen, die aktive Teilhabe, soziale Interaktion und vielfältige Lernerfahrungen ermöglichen. Die Einbeziehung der Bezugspersonen dient damit der Gestaltung eines entwicklungsfördernden Umfeldes und nicht der Durchführung therapeutischer Trainingsprogramme.

Bobath Zukunft! Lehrende in der Neuropädiatrie	
29.06.2026	
Unser Kommentar bezieht sich nur auf den Bereich der therapeutischen Versorgung von Neugeborenen, Säuglingen, Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungs- und Bewegungsstörungen sowie erwachsen gewordenen Menschen mit angeborenen oder kindlich erworbenen Beeinträchtigungen, da unsere Expertise für diese Personengruppe vorhanden ist.	
Als besonders sinnvoll wird die Kombination von Vojta u.a. mit Bobath eingeschätzt. Tragende Gründe S. 12	Die Lehrenden in der Neuropädiatrie (Bobath Zukunft!) distanzieren sich von dieser Aussage. Maßnahmen, die auf ganz differierenden neurophysiologischen Grundannahmen (Reflexlokomotion vs. Selbstintendiertes Lernen) basieren sind in der Behandlung von Kindern nicht zu kombinieren. Diese Kombination führt weder zu einer konzeptionellen Erweiterung noch zu einer höheren Qualität der Versorgung, sondern birgt vielmehr die Gefahr, die innere Logik, Nachvollziehbarkeit und Evaluation der Therapie zu erschweren.
Physiotherapeutische Alternativen zur Vojta-Therapie und Vorteile der Vojta-Therapie gegenüber anderen Verfahren Tragende Gründe S. 17 und S. 19	Aussagen in den tragenden Gründen, dass besonders kognitiv und schwer beeinträchtigte Kinder von Verfahren, wie Vojta profitieren können, halten wir für ethisch bedenklich. Gerade Säuglinge, Kleinkinder sowie Kinder und Jugendliche mit schweren kognitiven oder mehrfachen Beeinträchtigungen gehören zu den besonders vulnerablen Patientengruppen. Sie verfügen häufig nur eingeschränkt über die Möglichkeit, Bedürfnisse, Belastungen, Wohlbefinden oder Ablehnung differenziert auszudrücken. Für diese Gruppen sind bes. Kenntnisse über Feinzeichen des emotionalen Ausdrucks und fundierte Einschätzung der Bewegungsintention und -motivation erforderlich, um therapeutische Angebote zu machen und Bewegungsfreude und Selbstwirksamkeit erleben zu lassen. Insbesondere bei Kindern mit schweren Beeinträchtigungen kommt der Förderung von Eigenaktivität und Handlungskompetenz eine wesentliche Bedeutung zu. Dies trägt dazu bei, sekundären Folgen von Inaktivität, Passivität und eingeschränkter Teilhabe entgegenzuwirken und die Entwicklung vorhandener Potenziale bestmöglich zu unterstützen.
Psychische Belastungen oder direkte Stressreaktionen der Vojta-Therapie Tragende Gründe S.13 und S. 16	Die in den Tragenden Gründen dargestellte Deutung von untröstlichem Schreien, Weinen oder anderen Stressreaktionen als Ausdruck mangelnder Anstrengungsbereitschaft oder als Widerstand gegenüber therapeutischen Anforderungen halten wir für fachlich nicht ausreichend begründet. Für eine solche Interpretation sind uns keine belastbaren wissenschaftlichen Nachweise bekannt. Insbesondere bei Säuglingen, Kleinkindern und anderen vulnerablen Personengruppen stellen Verhaltens- und Ausdrucksformen häufig die einzige Möglichkeit dar, Belastung, Überforderung oder Stress zu kommunizieren. Diese Signale sollten daher als relevante klinische Informationen verstanden und nicht vorschnell umgedeutet werden.

Bobath Zukunft! Lehrende in der Neuropädiatrie	
29.06.2026	
Unser Kommentar bezieht sich nur auf den Bereich der therapeutischen Versorgung von Neugeborenen, Säuglingen, Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungs- und Bewegungsstörungen sowie erwachsen gewordenen Menschen mit angeborenen oder kindlich erworbenen Beeinträchtigungen, da unsere Expertise für diese Personengruppe vorhanden ist.	
	Stresssignale von Kindern sollten grundsätzlich ernst genommen und in die therapeutische Entscheidungsfindung einbezogen werden. Dies gilt insbesondere für Kinder, die ihre Wahrnehmungen, Bedürfnisse und Belastungen nicht oder nur eingeschränkt verbal ausdrücken können. Ebenso sehen wir die Annahme kritisch, dass während einer Intervention ausgelöste Stressreaktionen durch nachträglichen Trost, Zuwendung oder Pausen ausreichend kompensiert werden können. Auch hierfür bedarf es einer wissenschaftlichen Begründung. Die beschriebene Interpretation von Schreien als Ausdruck mangelnder Anstrengungsbereitschaft findet sich nicht nur im Zusammenhang mit der Vojta-Therapie, sondern auch in anderen Therapieansätzen, beispielsweise der Dynamic Movement Intervention (DMI). Unabhängig vom jeweiligen Verfahren halten wir eine solche Deutung ohne belastbare wissenschaftliche Grundlage für problematisch.
Physiotherapeutische Alternativen zur Vojta -Therapie Tragende Gründe ab S. 17	Aus unserer Sicht ist die Aussagekraft der dargestellten Evidenzlage für das Heilmittel KG-ZNS-Kinder eingeschränkt, da ein erheblicher Teil der herangezogenen Studien und Reviews auf Kinder mit Cerebralparese (CP) fokussiert. Kinder mit Cerebralparese stellen jedoch nur eine von vielen Patientengruppen dar, für die KG-ZNS-Kinder verordnet wird. Darüber hinaus handelt es sich bei der Cerebralparese um einen sogenannten „Umbrella Term“, der eine heterogene Gruppe von Kindern mit unterschiedlichen Ätiologien, klinischen Erscheinungsbildern und Entwicklungsverläufen umfasst. Die Bezeichnung wird heute vor allem aufgrund gemeinsamer Anforderungen an die langfristige und multimodale Versorgung beibehalten und nicht aufgrund einer homogenen Krankheitsentität. Entsprechend lassen sich Ergebnisse aus Studien zu Kindern mit Cerebralparese nur eingeschränkt auf die Gesamtheit der Kinder übertragen, die mit KG-ZNS-Kinder versorgt werden. In den vergangenen 25 Jahren wurden erhebliche Fortschritte in der Klassifikation und Beschreibung der Cerebralparese erzielt. Die heute etablierten Klassifikationssysteme ermöglichen eine differenzierte Einschätzung von Funktion, Aktivität, Teilhabe und Entwicklungsverlauf und haben wesentlich zur Weiterentwicklung spezifischer therapeutischer Versorgungsansätze beigetragen. Diese Entwicklung wird in den

Bobath Zukunft! Lehrende in der Neuropädiatrie	
29.06.2026	
Unser Kommentar bezieht sich nur auf den Bereich der therapeutischen Versorgung von Neugeborenen, Säuglingen, Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungs- und Bewegungsstörungen sowie erwachsen gewordenen Menschen mit angeborenen oder kindlich erworbenen Beeinträchtigungen, da unsere Expertise für diese Personengruppe vorhanden ist.	
	Tragenden Gründen aus unserer Sicht nicht ausreichend berücksichtigt. Vor diesem Hintergrund überrascht die Bedeutung, die den Arbeiten von Novak et al. (2013, 2020) für die Bewertung therapeutischer Verfahren eingeräumt wird. Die vielzitierten „Overviews of Reviews“ werden innerhalb der wissenschaftlichen Fachwelt durchaus kontrovers diskutiert. Insbesondere die verwendete Methodik der Ampelklassifikation wurde wiederholt kritisch hinterfragt. Zudem werden dort Kinder mit Cerebralparese unterschiedlicher Ausprägung, Altersgruppen und Versorgungsbedarfe sowie sehr unterschiedliche therapeutische Verfahren gemeinsam betrachtet. In der Aktualisierung von 2020 wurde darüber hinaus die Prävention von Cerebralparese in die Analyse einbezogen, wodurch die Heterogenität der betrachteten Fragestellungen weiter zunimmt. Da die Veröffentlichungen von Novak et al. an mehreren Stellen in den Tragenden Gründen als Grundlage für die Bewertung physiotherapeutischer Interventionen herangezogen werden, halten wir eine differenzierte Betrachtung ihrer Methodik und Aussagekraft für erforderlich. Die entsprechenden Ausführungen finden sich in Anlage 2. Besonders kritisch sehen wir, wenn aus solchen Übersichtsarbeiten unmittelbare Schlussfolgerungen zur Überlegenheit einzelner Therapiekonzepte gezogen werden. So wird beispielsweise häufig auf die höhere Evidenz von Constraint-Induced Movement Therapy (CIMT) gegenüber dem Bobath-Konzept verwiesen. Dabei bleibt häufig unberücksichtigt, dass CIMT eine klar definierte Intervention für spezifische Zielgruppen und Zielsetzungen darstellt, während das Bobath-Konzept einen umfassenden klinischen Denk- und Handlungsrahmen für die physiotherapeutische Versorgung beschreibt. Ein direkter Wirksamkeitsvergleich beider Ansätze ist daher nur eingeschränkt möglich und wissenschaftlich differenziert zu betrachten. Die AWMF S3 Leitlinie Diagnostik und Therapie der Unilateralen spastischen Cerebralparese 2026 folgt nicht der Einschätzung von Novak et al. und begründet dieses. (S.157 Langfassung) Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ). Diagnostik und Therapie der unilateralen spastischen Zerebralparese // LL-uCP; S3-Letlinie. Langfassung (online). Version 1.0, Datum 04.06.2025. AWMF-Registernummer: 071-014. Berlin: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); URL: https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/071-014. (Zugriff am 21.06.2026).

Bobath Zukunft! Lehrende in der Neuropädiatrie	
29.06.2026	
Unser Kommentar bezieht sich nur auf den Bereich der therapeutischen Versorgung von Neugeborenen, Säuglingen, Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungs- und Bewegungsstörungen sowie erwachsen gewordenen Menschen mit angeborenen oder kindlich erworbenen Beeinträchtigungen, da unsere Expertise für diese Personengruppe vorhanden ist.	
	Aus unserer Sicht bedarf die Bewertung physiotherapeutischer Interventionen im Bereich KG-ZNS-Kinder einer deutlich differenzierteren Betrachtung der jeweiligen Zielgruppen, Fragestellungen und Versorgungskontexte, als dies durch pauschale Evidenzbewertungen einzelner Übersichtsarbeiten möglich ist.
Tragende Gründe s. 18 „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 Bewegungsmuster durch gezieltes Handling fördert.“	Die Darstellung des Bobath-Konzeptes in den Tragenden Gründen entspricht aus unserer Sicht nicht dem aktuellen fachlichen Stand. Insbesondere die Aussage, der Bobath-Ansatz beruhe auf der Hemmung pathologischer Reflexe und der Bahnung physiologischer Bewegungsmuster durch gezieltes Handling, beschreibt ein Verständnis, das bereits seit den 1990er Jahren im Zuge neuer Erkenntnisse aus den Neurowissenschaften, der Bewegungswissenschaft und der motorischen Lernforschung grundlegend verändert wurde. Sowohl auf europäischer als auch auf nationaler Ebene wurden die Grundlagenpapiere, Ausbildungsstandards und Curricula entsprechend überarbeitet. Aktualisierte Bobath-Therapie orientiert sich heute an Prinzipien der Neuroplastizität, des motorischen Lernens, der Aufgaben- und Kontextorientierung sowie an den individuellen Aktivitäts- und Teilhabezielen der Patientinnen und Patienten.
Erforderliche Weiterentwicklung der Weiterbildung für besondere Maßnahmen der Physiotherapie Verträge nach § 125 Absatz 1 SGBV Tragende Gründe S. 20 Punkt 5.2.1 2.Absatz	Wir begrüßen ausdrücklich die Feststellung in den Tragenden Gründen, dass für die Behandlung von Kindern im Rahmen der Heilmittelposition KG-ZNS-Kinder besondere Qualifikationen erforderlich sind. Die Versorgung von Kindern mit neurologischen, entwicklungsbedingten oder komplexen Mehrfachbeeinträchtigungen stellt hohe Anforderungen an die therapeutische Befundung, Analyse, Zielplanung, Intervention und Evaluation. Hierfür sind Kenntnisse erforderlich, die über die Inhalte der physiotherapeutischen Grundausbildung hinausgehen und spezifische entwicklungsneurologische, entwicklungspsychologische sowie familien- und teilhabeorientierte Kompetenzen umfassen. Die entsprechenden Inhalte sind in der physiotherapeutischen Grundausbildung bislang nur in begrenztem Umfang verankert (vgl. Anlage 1: Analyse der pädiatrischen Ausbildungsanteile in der physiotherapeutischen Grundausbildung). Gleichzeitig handelt es sich bei KG-ZNS-Kinder um eine hochspezialisierte Versorgungsleistung mit einem vergleichsweise geringen Anteil am gesamten physiotherapeutischen Versorgungsgeschehen. Nach

Bobath Zukunft! Lehrende in der Neuropädiatrie	
29.06.2026	
Unser Kommentar bezieht sich nur auf den Bereich der therapeutischen Versorgung von Neugeborenen, Säuglingen, Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungs- und Bewegungsstörungen sowie erwachsen gewordenen Menschen mit angeborenen oder kindlich erworbenen Beeinträchtigungen, da unsere Expertise für diese Personengruppe vorhanden ist.	
	den Daten des Heilmittel Informationssystems (HIS) entfielen im Jahr 2025 lediglich 1,2 % aller physiotherapeutischen Behandlungseinheiten auf die Heilmittelposition KG-ZNS-Kinder. Vor diesem Hintergrund erscheint es weder erforderlich noch zielführend, die hierfür notwendigen Spezialkenntnisse flächendeckend in der gesamten Berufsgruppe vorzuhalten. Aus unserer Sicht ist daher eine spezifische Weiterbildung für die Erbringung der Zertifikatsposition KG-ZNS-Kinder weiterhin erforderlich. Für die Qualitätssicherung entsprechender Weiterbildungen empfehlen wir die Festlegung verbindlicher curricularer Mindeststandards. Hierzu sollte insbesondere der Nachweis eines Curriculums gehören, das die theoretischen Grundlagen, Methoden des Clinical Reasonings, Verfahren der Befunderhebung und Analyse, Auswahl adäquater Assessments, Zielvereinbarung, Therapeutisches Vorgehen, Dokumentation und Evaluation transparent beschreibt sowie deren regelmäßige Aktualisierung sicherstellt. Als Beispiel für eine strukturierte und qualitätsgesicherte Weiterbildung verweisen wir auf das „Curriculum Weiterbildungslehrgang Bobath-Grundkurs zur Behandlung von Säuglingen, Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Entwicklungs- und Bewegungsstörungen“ (Gemeinsame Konferenz der Bobath-Kurse e.V. 2023). Dieses beschreibt nachvollziehbar die theoretischen Grundlagen, die Vermittlung von Analyse- und Planungsprozessen sowie die Anforderungen an die kontinuierliche fachliche Weiterentwicklung. www.bobath-zukunft.de/wp-content/uploads/2023/11/Bobath-Curriculum-G.K.B.-2023.pdf Eine solche curriculare Grundlage gewährleistet Transparenz, Vergleichbarkeit und Qualitätssicherung und unterstützt die kontinuierliche Weiterentwicklung der Versorgungsqualität.
Satz 1 *„Physiotherapeutische Maßnahmen zur Behandlung von ZNS-Erkrankungen einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen (KG-ZNS und KG-ZNS-Kinder) umfassen indikationsbezogene, gezielte therapeutische Maßnahmen bei zerebralen und spinalen Schädigungen sowie Schädigungen der motorischen Einheit mit daraus resultierenden Beeinträchtigungen weiterer hiermit assoziierter Funktionen und Aktivitäten. „*	

Bobath Zukunft! Lehrende in der Neuropädiatrie	
29.06.2026	
Unser Kommentar bezieht sich nur auf den Bereich der therapeutischen Versorgung von Neugeborenen, Säuglingen, Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungs- und Bewegungsstörungen sowie erwachsen gewordenen Menschen mit angeborenen oder kindlich erworbenen Beeinträchtigungen, da unsere Expertise für diese Personengruppe vorhanden ist.	
Satz 1 Physiotherapeutische Maßnahmen	Die Beschreibung physiotherapeutischer Maßnahmen in den Tragenden Gründen orientiert sich aus unserer Sicht überwiegend an einem Verständnis von Therapie, das für die Behandlung Erwachsener entwickelt wurde und einzelne Maßnahmen oder Techniken in den Vordergrund stellt. Die Behandlung von Säuglingen und Kindern mit neurologischen oder entwicklungsbedingten Beeinträchtigungen erfordert dagegen ein deutlich komplexeres Vorgehen. Die Bedeutung einer qualitätsgesicherten und bedarfsgerechten Heilmittelversorgung wurde zuletzt auch im Heilmittelbericht 2026 des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) ausführlich dargestellt. Dort wird aufgezeigt, dass bei komplexen Versorgungsbedarfen eine Orientierung an einer reinen Übungs- oder Maßnahmenlogik eher zu einer Ausweitung des Leistungsumfangs führt, ohne dass dadurch die Qualität der Versorgung nachweislich verbessert wird. Demgegenüber wird die Bedeutung einer professionellen Therapieprozesssteuerung hervorgehoben, die sich an individuellen Therapiezielen, Teilhabeaspekten und dem klinischen Verlauf orientiert. Vor diesem Hintergrund halten wir eine Beschreibung der Heilmittelposition, die sich überwiegend auf einzelne physiotherapeutische Maßnahmen konzentriert, für nicht ausreichend. Aus unserer Sicht sollten vielmehr die erforderlichen Kompetenzen zur Analyse, Entscheidungsfindung und Steuerung komplexer Therapieprozesse beschrieben werden, aus denen die Auswahl konkreter Maßnahmen bzw. das therapeutische Vorgehen erst abgeleitet wird. Schröder, Kopkow, Waltersbacher, Bachayov, Schreyögg. (2026) Heilmittel-Report 2026. Qualität der Heilmittelversorgung. Berlin, Heidelberg: Springer. doi.org/10.1007/978-3-662-73466-7 (siehe Anlage 3 Grafiken Bobath Clinical Reasoning Framework und Therapeutisches Vorgehen im Bobath-Konzept) Mayston, Saloojee, Foley. (2023) The Bobath Clinical Reasoning Framework: a systems science approach to the complexity of neurodevelopmental conditions, including cerebral palsy. Developmental Medicine & Child Neurology 2023:00:1-9.
Satz 2 und 3 *„Die Verordnung von KG-ZNS-Kinder kann längstens bis zur Vollendung des 18.Lebensjahres erfolgen.“* *„Ab dem vollendeten 18.Lebensjahr erfolgt für Erwachsene die Verordnung von KG-ZNS.“*	

Bobath Zukunft! Lehrende in der Neuropädiatrie	
29.06.2026	
Unser Kommentar bezieht sich nur auf den Bereich der therapeutischen Versorgung von Neugeborenen, Säuglingen, Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungs- und Bewegungsstörungen sowie erwachsen gewordenen Menschen mit angeborenen oder kindlich erworbenen Beeinträchtigungen, da unsere Expertise für diese Personengruppe vorhanden ist.	
Satz 2 und 3	Ausführliche Begründung siehe oben unter Kommentar zu §19 Absatz 3 Nummer 5 Die bisherige Limitierung des Altersspektrums 18 Jahre für die Position KG ZNS Kinder sollte hinsichtlich des Transitionsgedankens bei bestimmten Indikationen überdacht und erweitert werden.
Satz 4 *„KG-ZNS und KG-ZNS Kinder dienen insbesondere der Verbesserung und Wiederherstellung der Muskelfunktion (Muskelkraft, -ausdauer, -koordination und -tonus), der Förderung von Bewegung, Koordination, Haltung, posturaler Kontrolle und Gleichgewicht, der Verbesserung sensorischer und propriozeptiver Funktionen und der Stabilisierung vegetativer Funktionen.“* *Satz 5* *„Sie tragen zudem zur Verbesserung von Mobilität, Bewegungsübergängen und Transfers, bewegungsbezogenen Aktivitäten sowie alltagsrelevanter Selbständigkeit und zur Vermeidung sekundären Schädigungen einschließlich des Erhalts der Gelenkfunktion bei“*	
Satz 6 *„Physiotherapeutische Maßnahmen nach Satz 1 sind insbesondere:* *a) Maßnahmen zur Bewegungsanbahnung, b) Maßnahmen des Kraft- und Koordinationstrainings, c) Maßnahmen zur Regulation des Muskeltonus, d) Maßnahmen der posturalen Kontrolle einschließlich der Förderung automatischer Haltungs- und Gleichgewichtsreaktionen, e) Maßnahmen der Mobilisation und der sensormotorischen Förderung, f) Maßnahmen zur Stabilisierung vegetativer Funktionen und der Verbesserung der Lagerung sowie g) des funktionellen und alltagsbezogenen Trainings, gegebenenfalls unter Nutzung vorhandener Hilfsmittel.“*	
Satz 4 - 6	Die im Beschlussentwurf vorgesehene starke Fokussierung auf einzelne therapeutische Maßnahmen wird den Anforderungen einer modernen, evidenzbasierten und personenzentrierten Physiotherapie aus unserer Sicht nicht gerecht. Bemerkenswert ist, dass bereits die aktuelle Leistungsbeschreibung zur Heilmittelposition KG-ZNS-Kinder im Rahmenvertrag nach § 125 Abs. 1 SGB V über die reine Durchführung therapeutischer Maßnahmen hinausgeht. Als Bestandteile der Leistung werden ausdrücklich die individuelle neurophysiologische Befundung, die Erstellung eines individuellen Behandlungsplans, die Behandlung auf Grundlage dieses

Bobath Zukunft! Lehrende in der Neuropädiatrie	
29.06.2026	
Unser Kommentar bezieht sich nur auf den Bereich der therapeutischen Versorgung von Neugeborenen, Säuglingen, Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungs- und Bewegungsstörungen sowie erwachsen gewordenen Menschen mit angeborenen oder kindlich erworbenen Beeinträchtigungen, da unsere Expertise für diese Personengruppe vorhanden ist.	
	Behandlungsplans sowie die Anleitung der Bezugspersonen zum Handling und zur täglichen Unterstützung des Kindes beschrieben. Damit wird deutlich, dass die physiotherapeutische Versorgung von Kindern mit Entwicklungs- und Bewegungsstörungen bereits heute als Prozess verstanden wird, der Befunderhebung, Analyse, Therapieplanung, Intervention und die Einbeziehung des familiären Umfeldes umfasst. Hinsichtlich der daraus resultierenden Anforderungen an eine zeitgemäße Beschreibung der Heilmittelposition verweisen wir auf unsere Ausführungen zu den Punkten „Physiotherapeutische Maßnahmen“ sowie „Gemeinsame Nummer 5 (Zusammenfassung KG-ZNS-Kinder und KG-ZNS)“. Aus unserer Sich ist es sinnvoll, in der Positionsbeschreibung die grundlegende Ausrichtung und Orientierung von therapeutischen Interventionen an den Dimensionen der ICF Aktivität / Partizipation zu beschreiben. Eine qualitätsgesicherte Versorgung zeichnet sich nicht primär durch die Aufzählung bestimmter Maßnahmen aus, sondern durch ein methodisch begründetes Vorgehen, das auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen basiert, individuell auf die Bedürfnisse des Kindes abgestimmt und durch standardisierte Evaluation sowie nachvollziehbare Dokumentation begleitet wird. Zusätzlich möchten wir auf die Adaptation von Alltagsgegenständen und den physiotherapeutischen Beitrag bei der Versorgung mit Hilfsmitteln im interdisziplinären Kontext hinweisen.
Satz 7 *„Die zur Anwendung kommenden physiotherapeutischen Maßnahmen sowie der Therapieziele sind abhängig vom Therapieverlauf insbesondere im Hinblick auf unerwünschte Wirkungen fortlaufend zu überprüfen und bei Bedarf anzupassen. „*	
Satz 7	Eine achtsame Betrachtung von Befund und Behandlung sind in jeder Therapieeinheit Standard und werden während des Therapieprozesses fortlaufend miteinander abgeglichen und evaluiert. Therapie wird so als Dialog auf Augenhöhe im gemeinsamen Abstimmungsprozess mit dem Kind und seinen Bezugspersonen verstanden. Kooperation ist

Bobath Zukunft! Lehrende in der Neuropädiatrie	
29.06.2026	
Unser Kommentar bezieht sich nur auf den Bereich der therapeutischen Versorgung von Neugeborenen, Säuglingen, Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungs- und Bewegungsstörungen sowie erwachsen gewordenen Menschen mit angeborenen oder kindlich erworbenen Beeinträchtigungen, da unsere Expertise für diese Personengruppe vorhanden ist.	
	als gemeinsamer Gestaltungsprozess zu verstehen als Form der Interaktion aller am Therapieprozess Beteiligter. Nur so wird Nachhaltigkeit der Therapie gewährleistet.
Satz 8 *„Insbesondere bei angeborenen oder frühkindlich erworbenen Schädigungen des zentralen Nervensystems hat die Therapeutin oder der Therapeut zudem bei der Behandlung entwicklungsabhängige Funktionen, alters- und lebensweltbezogene Anforderungen sowie die daraus resultierenden relevanten Risiken zu berücksichtigen.“*	
Satz 8	Dieser Aussage stimmen wir vollumfänglich zu.
Satz 9 *„Mitwirkenden Bezugspersonen sind von der Therapeutin oder dem Therapeuten umfassend über das therapeutische Vorgehen aufzuklären und entsprechend praktisch anzuleiten.“*	
Satz 9	Bezugspersonen werden in unserem Verständnis nicht ausschließlich aufgeklärt oder praktisch angeleitet. Vielmehr sind die kontinuierliche Begleitung, Beratung und gemeinsame Reflexion des therapeutischen Vorgehens mit den Bezugspersonen wesentliche Bestandteile des therapeutischen Prozesses. Ziel ist es, Eltern und andere Bezugspersonen dabei zu unterstützen, die Fähigkeiten, Bedürfnisse und Herausforderungen ihres Kindes besser zu verstehen und entwicklungsfördernde Handlungsmöglichkeiten im Alltag zu erkennen und umzusetzen. Dabei werden die individuellen Ressourcen, Belastungen und Rahmenbedingungen der Familie berücksichtigt. Die Zusammenarbeit mit Bezugspersonen ist somit nicht als Schulung im Sinne der Vermittlung standardisierter Maßnahmen zu verstehen, sondern als fortlaufender familienorientierter Beratungs- und Unterstützungsprozess, der die nachhaltige Umsetzung von Teilhabe- und Entwicklungszielen im Alltag ermöglicht. Im Hinblick auf die Therapiesituation bedeutet dies, dass ein Übertrag (Transfer) von Therapieinhalten in den kindlichen Alltag (Teilhabeziele) nur durch das Einbeziehen und Mitbestimmung der engen Bezugspersonen und unter Berücksichtigung des familiären und sozialen Umfeldes mit seinen Ressourcen und Barrieren (z.B. bei psychischer

Bobath Zukunft! Lehrende in der Neuropädiatrie	
29.06.2026	
Unser Kommentar bezieht sich nur auf den Bereich der therapeutischen Versorgung von Neugeborenen, Säuglingen, Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungs- und Bewegungsstörungen sowie erwachsen gewordenen Menschen mit angeborenen oder kindlich erworbenen Beeinträchtigungen, da unsere Expertise für diese Personengruppe vorhanden ist.	
	Erkrankung von Mutter oder Vater, Wohnverhältnisse o.ä.) gelingen kann. Somit ist Therapie unterstützend, beratend und nicht direktiv. Sie muss individuell auf das jeweilige Kind und die Bezugspersonen abgestimmt sein. In der Kooperation mit den Bezugspersonen begegnen sich Menschen mit unterschiedlichen Lebenserfahrungen, soziokulturellem Hintergrund, Wissen und Erwartungshaltungen. Sie verabreden gemeinsames Tun im Sinne von gemeinsam abgestimmter Therapieziele.
Satz 10 *„Insbesondere bei KG-ZNS-Kinder bedarf es einer Aufklärung über Risiken der Therapie und Warnzeichen zum Beispiel im Hinblick auf Überforderung, Stressreaktionen oder Beziehungsstörungen und zur Umsetzung der Maßnahme einer entsprechenden umfassenden praktischen Anleitung. „*	
Satz 10	Dem ersten Teil dieser Aussage stimmen wir zu. Zum 2. Teil der Aussage „Umsetzung der Maßnahme einer entsprechenden praktischen Anleitung“ verweisen wir auf unseren Kommentar zu Satz 9.
Satz 11 *„Die Behandlung wird ausschließlich als Einzelbehandlung verordnet.“*	
Satz 11	Dieser Aussage stimmen wir vollumfänglich zu.

Anlagen:

Anlage 1 Begründung für eine Zertifikatsweiterbildung zur Behandlung von Neugeborenen, Säuglingen, Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Entwicklungs- und Bewegungsstörungen

Anlage 2 Ausführungen zu den Veröffentlichungen von Novak et al.

Anlage 3 Grafiken Bobath Clinical Reasoning Framework und Therapeutisches Vorgehen im Bobath-Konzept

Anlage 1

Begründung für eine Zertifikatsweiterbildung zur Behandlung von Neugeborenen, Säuglingen, Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Entwicklungs- und Bewegungsstörungen

Das derzeit verfügbare Stundenkontingent einer Ausbildung an Berufsfachschulen erscheint zu knapp bemessen, um in diesem zeitlichen Rahmen neben dem breit angelegten fachlichen Wissen auch einen fundierten Erwerb praktischer Fähigkeiten und Fertigkeiten in allen abzudeckenden Fachbereichen der Medizin vermitteln zu können. Dies gilt in besonderem Maß für die komplexe Versorgung einer Patient*innengruppe mit spezifischen Bedarfen und besonderer Vulnerabilität aus dem Bereich der Entwicklungsneurologie, Neuropädiatrie und Neurorehabilitation. Diese stellt besondere Herausforderungen und setzt entsprechende Kompetenz und Erfahrung voraus.

Die Position „KG ZNS Kinder“ betrug nach dem Heilmittel Informationssystem der GKV im Jahr 2025 lediglich 1,2% der erbrachten Behandlungseinheiten und 2,1% des Behandlungsumsatzes. Es handelt sich also um eine nicht regelmäßig und häufig vorkommende Verordnung/ Therapie, die entsprechend nicht zwingend in den Kompetenzbereich von Therapeut*innen mit grundständiger Ausbildung fallen muss.

Im Rahmen des Stundenkontingents der Grundausbildung ist lediglich eine Einführung in die sensomotorische Entwicklung, Befunderhebung und Bewegungsanalyse von Säuglingen und Kindern sowie die physiotherapeutische Versorgung vorrangig von Kindern mit chirurgischen, orthopädischen oder allgemeinpädiatrischen Krankheitsbildern zu vermitteln.

Eine differenzierte Erfassung und Dokumentation von umschriebenen bis hin zu komplexen neurologischen Entwicklungsstörungen bei Säuglingen, Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen einschließlich einer den Kriterien der ICF-CY entsprechenden Bewegungs-, Handlungs- und Umfeldanalyse in Familie und Sozialraum erfordert eine Vertiefung dieser Lerninhalte, um Arbeitshypothesen für die Behandlungsplanung bilden zu können. Dabei gilt es, Entwicklungsverläufe kennenzulernen, Aktivitäts- und Wachstumsbedingte Veränderungen vorausschauend berücksichtigen zu lernen, um Therapieziele realistisch einschätzen und den Eltern / Bezugspersonen transparent vermitteln zu können. Gerade neurologische Patient*innen sind nicht selten von komplizierenden Begleiterkrankungen, Sinnesbehinderungen, kommunikativen oder kognitiven Einschränkungen betroffen oder zeigen herausforderndes Problemverhalten. Damit muss ein fachübergreifendes Verständnis von kindlicher Entwicklung grundlegend vermittelt werden, um mit einem interdisziplinären Behandlungskonzept die Autonomie und Selbstwirksamkeit der Kinder bestmöglich unterstützen zu können.

Das pädiatrische Fachpraktikum der Grundausbildung hat mit 160 UE im Vergleich zu den anderen „großen Fachgebieten“ (z.B. Orthopädie) eine geringere Stundenzahl und kann in der Regel nur in einem Bereich pädiatrischer Versorgung (z.B. Klinik, SPZ, Reha-Einrichtung oder Praxis) abgeleistet werden.

Im Lernort Berufsfachschule ist die praktische Arbeit mit Säuglingen, Kleinkindern, Schulkindern und Jugendlichen nicht durch ein aneinander Üben von Auszubildenden

zu simulieren. Im Umgang mit Kindern sind insbesondere zu berücksichtigen: die Kontaktaufnahme, das Kommunikations- und Spielverhalten, das Temperament, die Intentionalität kindlicher Bewegung, die Bewegungsausführung in Bezug auf spontanes frühkindliches Bewegungsverhalten und Bewegungsqualität (wie Muskeltonus, Bewegungsausmaß, Tempo, Kraft). Damit müssen beim Erlernen des therapeutischen Vorgehens bei Kindern, insbesondere bei solchen mit Verhaltensbesonderheiten deutlich schwierigere Transferleistungen der Lernenden erbracht werden. Dies muss durch ein spezifisches Lernangebot gewährleitet werden.

Da im Rahmen der kindlichen Entwicklung Entwicklungsbereiche sich gegenseitig beeinflussen und nicht getrennt betrachtet werden können, setzt die Behandlung von Kindern mit Entwicklungsbesonderheiten ein fundiertes Wissen und Verständnis auch im Bereich der psycho-emotionalen Entwicklung, der kognitiven Entwicklung, der Spiel- und Sprachentwicklung voraus, selbst wenn vordergründig die motorische Entwicklung betroffen erscheint.

Weiterhin sind spezifische Kenntnisse von Untersuchungsverfahren und Assessments, Schweregrad-Klassifikationen, therapeutischen Vorgehensweisen, Versorgungsmanagement, interdisziplinärer Vernetzung und Zusammenarbeit, sowie Evaluationsmöglichkeiten notwendig.

Es bedarf immensen Wissens für eine fundierte Differentialdiagnostik, Prognose und Vorgehensweise bei gerade im frühen Kindesalter noch unklarer Diagnosestellung. Dies ist Grundvoraussetzungen, um patientenorientiert, nämlich für Kinder, und mit ausreichendem Wissen über die eigenen Grenzen, den therapeutischen Part in einem interdisziplinären interprofessionellen Versorgungssystem verantwortlich zu erfüllen.

Ebenso ist für die Aufrechterhaltung eines aktuellen Wissenstandes das Lesen spezifischer Zeitschriften, die nicht zur Lektüre generalistisch tätiger Therapeut*innen gehören, wesentlich z.B. Frühförderung interdisziplinär, Developmental Medicine and Child Neurology, Kinderärztliche Praxis, Sozialpädiatrie und Jugendmedizin, sowie die Teilnahme an speziell ausgerichteten Kongressen z.B. Fokus CP, Jahres-tagung Vereinigung interdisziplinärer Frühförderung, Kongress für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin.

Fazit:
Es muss in einer Weiterqualifizierung für die Erbringung der Therapie KG ZNS Kinder gewährleistet und auch curricular verankert sein, dass die umfassenden Wissensbestände, Fähigkeiten und Fertigkeiten auf aktuell gültigem Stand vermittelt werden. Dies ist auf den Ebenen der Fachkompetenz, Methodenkompetenz, Sozial- und Personalkompetenz nachzuweisen.

Ausführungen am Beispiel des aktuell vermittelten Standes von Bobath-Therapie Curriculum Weiterbildungslehrgang Bobath-Grundkurs zur Behandlung von Säuglingen, Kindern Jugendlichen und Erwachsenen mit Entwicklungs- und Bewegungsstörungen. 2023. Hrsg. G.K.B. www.bobath-zukunft.de/wp-content/uploads/2025/04/Bobath-Curriculum-2023-eBook.pdf.

Die auf der Grundausbildung aufbauende Weiterbildung nach dem Bobath-Konzept bietet Physiotherapeut*innen, die sich speziell für diesen Bereich qualifizieren wollen, hierzu die Möglichkeit. „Das Bobath-Konzept beinhaltet einen neurologisch begründeten, interdisziplinär anwendbaren Ansatz zur Befunderhebung, Therapie und Hilfe für die Bewältigung des Alltages bei Menschen, deren Fähigkeit zur Teilhabe am täglichen Leben durch eine neurologische Erkrankung oder Entwicklungsstörung eingeschränkt ist. Daher werden motorische, sensorische, perzeptive, kognitive, kommunikative, emotionale und soziale Funktionen in ihrer Wechselwirksamkeit berücksichtigt und therapeutisch einbezogen“ (G.K.B) (Quelle: Therapiekonzepte in der Physiotherapie, Bobath, Hrsg.: Hille Viebrock / Barbara Forst, Thieme Verlag, 2008, S.25)

In der Weiterbildung nach dem Bobath-Konzept wird im Rahmen der supervidierten Arbeit mit Patient*innen die Breite der Versorgungsbereiche systematisch vom Frühgeborenen bis zum Erwachsenenalter in unterschiedlichen Settings (Familie, Klinik, ambulante Praxis, pädagogische Institution) abgedeckt.

Das Bobath-Konzept als interdisziplinäres Behandlungskonzept richtet sich nicht nur an Physiotherapeut*innen, sondern steht als qualifizierendes Weiterbildungsangebot auch Ärzt*innen, Ergotherapeut*innen und Logopäd*innen offen. So wird in den Bobath-Kursen kindliche Entwicklung aus unterschiedlichen Perspektiven erfragt, betrachtet und beurteilt.

Curriculare Lerninhalte beziehen sich deshalb nicht nur auf physiotherapeutische Aspekte kindlicher Entwicklung wie die Stabilisierung der Haltungskontrolle, das motorische Lernen bei Kindern mit Zerebralparese oder das differenzialdiagnostische Erfassen anderer kindlicher Bewegungsauffälligkeiten, sondern beziehen sich auch auf ergotherapeutische, logopädische und psychologische Aspekte wie z.B.: kindliches Spiel, kognitive und emotionale Entwicklung, Kommunikations- und Sprachentwicklung, die Rolle der Haltungskontrolle beim Essen und Trinken, psychosoziale Aspekte zu herausforderndem Verhalten, zur Elternanleitung und Beratung (siehe Curriculum G.K.B. 2023 insb. Lernbereiche II, III, VI).

Ausgebildete Bobath-Therapeut*innen werden auch von ärztlicher Seite oft als wichtige Dialogpartner in der Diagnostik zu Rate gezogen. Für die Dokumentation und Evaluation von Behandlungsmaßnahmen sind ebenfalls diese spezifischen Kenntnisse Voraussetzung.

Im Anhang befindet sich ein tabellarischer Vergleich der Stundenkontingente von Grundausbildung Physiotherapie und Weiterbildung nach dem Bobath-Konzept für Säuglinge, Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit Entwicklungs- und Bewegungsstörungen.

Definition der GKB

„Das Bobath-Konzept beinhaltet einen neurologisch begründeten, interdisziplinär anwendbaren Ansatz zur Befunderhebung, Therapie und Hilfe für die Bewältigung des Alltages bei Menschen, deren Fähigkeit zur Teilhabe am täglichen Leben durch eine neurologische oder Entwicklungsstörung eingeschränkt ist. Daher werden motorische, sensorische, perzeptive, kognitive, kommunikative, emotionale und soziale Funktionen in ihrer Wechselwirksamkeit berücksichtigt und therapeutisch einbezogen“ (GKB 2007 (Quelle: Therapiekonzepte in der Physiotherapie, Bobath, Hrsg.: Hille Viebrock / Barbara Forst, Thieme Verlag, 2008, S.25))

Anhang 1

Aspekte	**Grundausbildung (PhysTh-APrV)** Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeuten Ausfertigungsdatum: **06.12.1994**	**Weiterbildung Bobath-Konzept (G.K.B.)** Curriculum Bobath-Grundkurs Gemeinsame Konferenz der Deutschen Bobath-Kurse e.V. ISBN E-Book 978-3-00-075145-5 Ausfertigungsdatum: **2023**
	Theoretischer und praktischer Unterricht für Physiotherapeuten, insgesamt 2900 UE	**Theoretischer und praktischer Unterricht für Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden und Ärzte, insgesamt 400 UE plus ca 200 UE Freies Selbstlernen (geschätzt)**
Anatomie	240 UE	Lernbereich II Grundlagen von Bewegung und Entwicklung (Anteil von 76 UE) 1. Theoretische Grundannahmen zur Funktionsweise des Zentralnervensystems 2. Reifung und Entwicklung des Zentralnervensystems 3. Neurophysiologie zur Regulation von Haltung und Bewegung
Physiologie	140 UE	Inhalte in Lernbereich II s.o.
Spezielle Krankheitslehre	360 UE, davon Schwerpunkt Pädiatrie durchschnittlich 45 UE Kinder mit Erkrankungen aus dem Spektrum Neonatologie, Innere, Orthopädie, Neurologie	Inhalte in allen Lernbereichen Insbes. Lernbereich VI (42 UE) 1. Entwicklungsstörungen 2. Zentrale Bewegungsstörungen 3. Neuromuskuläre Erkrankungen 4. Störungen von Sinnesfunktion, von mentalen und psychoemotionalen Funktionen sowie von Funktionen der Nahrungsaufnahme und Stimm- und Sprechfunktion

		5. Epilepsie
Psychologie/Pädagogik/Soziologie	60 UE, davon Schwerpunkt Pädiatrie keine bis 5 UE	24 UE Lernbereich III Psychosoziale Grundlagen
Prävention und Rehabilitation	20 UE, davon Pädiatrie keine	Inhalte in Lernbereichen V und VI
Bewegungslehre	60 UE, davon Schwerpunkt Pädiatrie 10 UE	Lernbereich II (Anteil von 76 UE) Grundlagen von Bewegung und Entwicklung 4. Motorisches Lernen 5. Kindliche Entwicklung 6. Analyse von Alltagshandlungen
Physiotherapeutische Befund- und Untersuchungstechniken	100 UE, davon Schwerpunkt Pädiatrie 10 UE durch entsprechende Fachlehrerin	92 UE Lernbereich IV Therapeutischer Prozess
Krankengymnastische Behandlungs-techniken	500 UE, davon Schwerpunkt Bobath-Kinder 50 UE	70 UE Lernbereich V Therapeutisches Vorgehen
Methodische Anwendung der Physio-therapie in den medizinischen Fach-gebieten	700 UE, davon Schwerpunkt Pädiatrie 70 UE	70 UE Lernbereich V Therapeutisches Vorgehen
Krankenhäusern oder anderen geeig-neten medizinischen Einrichtungen in den medizinischen Fachgebieten:	160 Stunden 1 Fachpraktikum in der Pädiatrie innerhalb 3 Jahre Ausbildungszeit	72 UE Supervisierte Arbeit mit Patientinnen

PhysTh-APrV - Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeuten

Anlage 2 Ausführungen zu den Veröffentlichungen von Novak et al. 2013, 2020

Novak et al. (2013). A systematic review of interventions for children with cerebral palsy: state of the evidence. Developmental Medicine & Child Neurology; 55: 885-910. DOI: 10.1111/dmcn.12246

Novak et al. (2020). State of the Evidence Traffic Lights 2019: Systematic Review of Interventions for Preventing and Treating Children with Cerebral Palsy. Current Neurology and Neuroscience Reports (2020) 20: 3 https://doi.org/10.1007/s11910-020-1022-z

Bei den beiden Veröffentlichungen handelt es sich jeweils um ein Overview of Reviews mit anschließender Überführung in Empfehlungen für die Praxis mit der GRADE-Systematik und einer von der Autorin entwickelten Methode der Ampelkennzeichnung.

Overview of Reviews: Im Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions (online; letzte Revision 2023) werden ausführlich der Nutzen und die Herausforderungen eines entsprechenden Reviews erläutert. Das Vorhaben der Autorinnen Novak et al. 2013, 2020 alle Interventionen für alle Kinder mit CP bezogen auf alle möglichen Outcomes zu jeder Zeit zu betrachten wird den im Handbuch beschriebenen Zielen und Vorgehensweisen eines OoR an vielen Stellen nicht gerecht. Im Review 2020 wird die Fragestellung sogar noch auf die Prävention von CP ausgeweitet. An dieser Stelle sind nur drei Zitate aus dem Handbuch aufgeführt:

“Although Overviews often present evidence from two or more systematic reviews of different interventions for the same condition or population, they should rarely be used to draw inferences about the comparative effectiveness of multiple interventions. This means that they should not directly compare interventions that have been examined in different systematic reviews with the intent of determining which intervention works ‘best’ or which intervention is ‘safest’.”

“Overviews that examine multiple interventions for the same condition or population will often juxtapose data from different systematic reviews. Sometimes, these data appear in the same table or figure. Overviews that present data in this way can inadvertently encourage readers to make their own indirect comparisons. In cases where Overviews may facilitate inappropriate informal indirect comparisons, Overview authors must avoid ‘comparing’ across systematic reviews.”

“Current guidance does not recommend combining data from randomized trials and observational studies (Shea et al 2017); therefore, if Overview authors are to analyse data from different study designs separately, then they will only be able to do this if the data from systematic reviews are also presented (or available) separately.”

Die **Breite der Betrachtung** bei Novak et al. (2013, 2020) schränkt die Aussagekraft stark ein. (Kommentar Love, Blair DMCN 2014, 56 „Satelittenblick“ statt des angestrebten „Helikopterblicks“). Es gibt für viele Aspekte aktuelle und differenzierte Einschätzungen. Es wird mit dem Lesen der Originalstudien deutlich, dass eine solche breite Übersichtsarbeit und Bewertung von Therapien dem existierenden Wissensstand, was, wann in welcher Kombination, in welcher Dosierung für Kinder mit welcher Ausprägung einer CP in welcher Altersstufe angezeigt ist, nicht gerecht wird.

Das Verfahren der **Ampelkennzeichnung** ist ein von der Autorin für die Lehre selbst entwickeltes Verfahren. Die Literaturangabe der Autorinnen (Novak & McIntyre 2010) führt nicht die Methode aus, sondern untersucht eine Intervention zur Verbesserung der EBM-Kenntnisse von Allied Health Professionals. Ein Kommentar von Mayston, Rosenbloom DMCN (2014, 56) nutzte den Begriff „over-simplistic“ für das Vorgehen der Ampelkennzeichnung.

Es werden einzelnen Therapieverfahren zu **nicht nachvollziehbaren Therapie"labeln"** zusammengefasst z.B. in der Studie 2013 „Early Intervention" für ganz unterschiedliche Vorgehensweisen oder Orthopaedics für alle Operationen (außer SEMLS und Handsurgery). Das Vorgehen wurde in mehreren Kommentaren in DMCN stark kritisiert und ist nicht nachvollziehbar beschrieben.

Die betrachteten **Outcomes** werden in unterschiedlichen Outcomegruppen zusammengefasst. Für diese Überführung in Gruppen ist nicht nachvollziehbar, mit welcher wissenschaftlichen Methodik dies erarbeitet wurde. Die einzelnen Outcomegruppen unterscheiden sich in beiden Veröffentlichungen grundlegend, weshalb die Aggregation der Daten beider Reviews sehr zu hinterfragen ist. Zudem steht die Trennschärfe der einzelnen Outcomegruppen infrage z.B. in Novak et al. 2013 bleibt unklar, wie sich „Improved motor activities" von „Improved function and self-care" abgrenzen. Entsprechend werden diverse Studien unter beiden aufgeführt. In Novak et al 2020 werden diese Outcomegruppen nicht mehr genutzt, sondern z.B. „Motor", „Early Intervention" und Self Care / Function. Es bleibt unklar, wie diese sich abgrenzen (erneut überschneiden sich die angeführten Studien) oder die Daten aus beiden Studien aggregiert wurden.

Das **Alter der einbezogenen Studien** und Interventionen wurde schon für das 2013er Review stark kritisiert. (u.a. Rutz, Döderlein et al. DMCN 2014) Die nicht nachvollziehbare Aggregation der Daten aus der 2013er Veröffentlichung mit den Daten aus 2012-2019 lässt keine Sichtung zu, wann die Daten, die für das Ergebnis genutzt wurden, erhoben wurden bzw. welche Daten für das Ergebnis welche Rolle spielen. Am Beispiel Bobath wird deutlich, dass die Autorinnen 2020 Bobath-Therapie als „ursprüngliches passives Bobath" bezeichnen, das spätestens seit den 1990er Jahren nicht mehr in den Weiterbildungen gelehrt wird (s. Curriculum 2023). In der Veröffentlichung 2013 wurden bzgl. NDT / Bobath zwei Reviews mit 31 Studien aus den Jahren 1973(!) – 2000 berücksichtigt.

Das **Nebeneinander bzw. Gegenüberstellen von Interventionen**, die konsekutiv (z.B. Baclofen oral, Baclofenpumpe) oder parallel (z.B. Orthesen, Physiotherapie, Operationen, Botulinum-Toxin) eingesetzt werden, erweckt den Eindruck, als seien alle Interventionen mit allen zu vergleichen und zu ersetzen. Hierfür gibt es keine Legitimation durch ein Review of Reviews (siehe Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions).

Diagnose- und therapiezielspezifische Therapien werden nicht entsprechend gekennzeichnet. Z.B. ist die mit grün bewertete Hypothermie (2020) für die Prävention von CP genannt. Für die Hypothermie gibt es ganz klar und differenziert beschriebene Indikationen, die natürlich Neonatologen kennen und die entsprechenden Kinder innerhalb des möglichen Zeitfensters von 24 Stunden nach der Geburt bzw. der frühkindlichen Asphyxie mit Hypothermie behandeln oder in ein entsprechendes Zentrum verlegen.

Z.B. CIMT. Dies ist eine hochfrequente repetitive Therapie, die für unilateral betroffene Kinder zur Verbesserung der Arm- und Handfunktion vor allem in intensiven Therapiephasen angewendet wird. (siehe S-3 Leitlinie DGSPJ AWMF 2025) Inzwischen ist in Studien gut belegt, dass nicht alle Kinder mit unilateraler CP davon in gleichem Maß profitieren, sondern viele stattdessen bilaterales Training benötigen. Es zeigt sich in der Übersichtsarbeit von Hoare & Greaves 2017 gut darstellbar, welche Kinder in welchen Altersstufen, mit welchem Leistungsstand, mit welchen Komorbiditäten eher von dem einen oder anderen profitieren. Die Aussagen in den beiden Veröffentlichungen von Novak et al. werden dieser Differenzierung nicht gerecht. Deshalb ist auch eine Aussage Bobath sei CIMT bzgl. der Effektivität unterlegen (s. S.17 Tragende Gründe) nicht treffend (z.B. ist CIMT bzw. Bilaterale Therapie für das Therapieziel Pulloveranziehen eher angezeigt, für das Therapieziel Gehen auf unebenem Boden bzw. Aufsteigen aufs Fahrrad eher Bobath in der aktuellen Fassung).

Die von Novak et al. (2009) selbst entwickelte Intervention **„home programm“** ist nicht als solche gekennzeichnet. In der Originalstudie wird bei genauer Betrachtung deutlich, dass ganz unterschiedliche Therapien zur Anwendung kommen. Die 24 eingeschlossenen Kinder in der Studie bekamen ein zielorientiertes Training im häuslichen Umfeld mit Elternberatung. Zusätzlich bekamen 19 von ihnen Schreibtraining, 9 Unterstützung positiven Verhaltens, 3 Orthesen, 6 Sporttherapie etc. Ohne Lesen der Originalstudie kann eine konsistente Therapieform vermutet werden.

Wir halten es für sehr bedenklich, wenn diese Veröffentlichungen trotz ihrer starken methodischen Schwächen sowie der Nicht-Nachvollziehbarkeit methodischer Schritte als argumentative Grundlage für die Ausgestaltung im Regelwerk des Heilmittelkatalogs Berücksichtigung finden.

Literatur:

Pollock M, Fernandes RM, Becker LA, Pieper D, Hartling L. Chapter V: Overviews of Reviews [last updated August 2023]. In: Higgins JP, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page MJ, et al, editor(s). Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions version 6.5. Cochrane, 2024. Available from cochrane.org/handbook.

Hoare, Greaves (2017). Unimanual versus bimanual therapy in children with unilateral cerebral palsy: Same, same, but different. Journal of Pediatric Rehabilitation Medicine: An Interdisciplinary Approach 10; 47–59. DOI 10.3233/PRM-170410

Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ). Diagnostik und Therapie der unilateralen spastischen Zerebralparese // LL-uCP; S3-Letlinie. Langfassung (online). Version 1.0, Datum 04.06.2025. AWMF-Registernummer: 071-014. Berlin: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); URL: https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/071-014. (Zugriff am 21.06.2026).

Mayston, Saloojee, Foley. (2023) The Bobath Clinical Reasoning Framework: a systems science approach to the complexity of neurodevelopmental conditions, including cerebral palsy. Developmental Medicine & Child Neurology 2023:00:1-9.

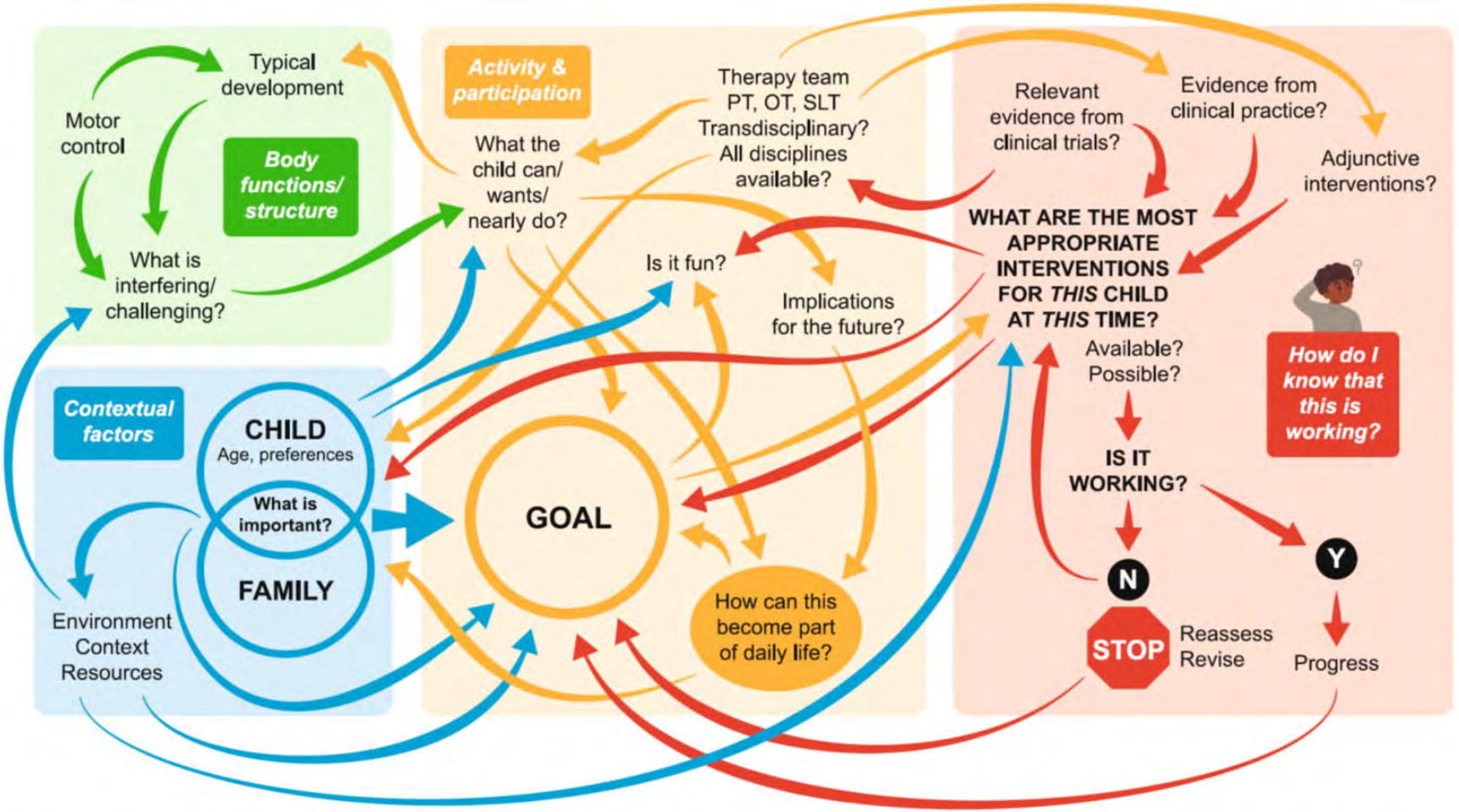
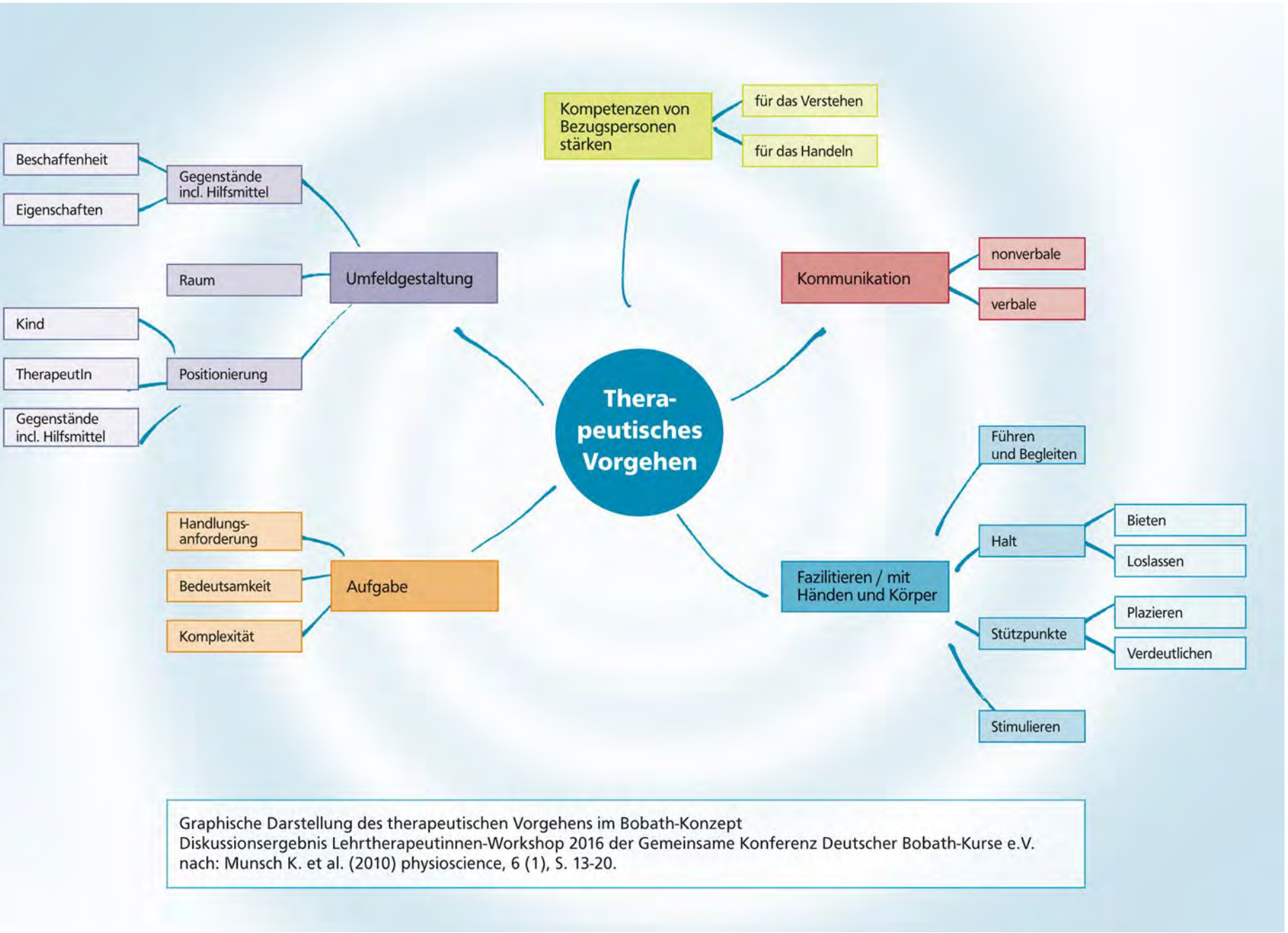


FIGURE 2 The Bobath Clinical Reasoning Framework (BCRF) model for paediatric Bobath based on systems science. The child, family, and their goal(s) are central to the many variables that are interconnected and impact on intervention selection and goal achievement. The various related International Classification of Functioning, Disability and Health factors are shown: activity and participation (orange); contextual factors (blue); and body function and structure (green). The intervention factors are shaded in red. Abbreviations: OT, occupational therapist; PT, physiotherapist; SLT, speech and language therapist.



Graphische Darstellung des therapeutischen Vorgehens im Bobath-Konzept
Diskussionsergebnis Lehrtherapeutinnen-Workshop 2016 der Gemeinsame Konferenz Deutscher Bobath-Kurse e.V.
nach: Munsch K. et al. (2010) physioscience, 6 (1), S. 13-20.

Stellungnahme zur Änderung der Heilmittel-Richtlinie: Überprüfung der Regelungen zur Krankengymnastik zur Behandlung von ZNS-Erkrankungen (KG-ZNS und KG-ZNS-Kinder) insbesondere aufgrund von Hinweisen aus der Versorgung

Bundesverband für Ergotherapeut:innen in Deutschland (BED) e. V.	
29. Juni 2026	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	**Begründung**
Vorbemerkung: Zustimmung zur Richtung der Änderung, zugleich Klarstellungsbedarf	Der BED begrüßt, dass der Beschlussentwurf KG-ZNS und KG-ZNS-Kinder nicht mehr über einzelne Konzeptbezeichnungen beschreibt, sondern indikations-, funktions- und zielbezogen fasst. Dies kann eine wichtige fachliche Öffnung darstellen. Entscheidend ist jedoch, dass diese Öffnung nicht nur im Richtlinientext erfolgt. Solange die physiotherapeutischen Vertragsanlagen nach § 125 SGB V, insbesondere Leistungsbeschreibung, Vergütungspositionen sowie Regelungen zur Weiterbildung und Abrechnungserlaubnis, weiterhin auf Bobath, Vojta und PNF ausgerichtet sind, bleibt die Konzeptoffenheit praktisch begrenzt. Der BED nimmt hierzu nicht aus einer physiotherapeutischen Binnenperspektive Stellung. Maßgeblich sind aus Sicht des BED eine konsistente Heilmittel-Systematik, Patientensicherheit sowie die klare Abgrenzung zu eigenständigem ergotherapeutischem Bedarf.
Änderungsvorschlag 1: Tragende Gründe um Klarstellung zur praktischen Wirksamkeit der Konzeptoffenheit ergänzen Der BED regt an, in Abschnitt 5.2.1 der Tragenden Gründe folgenden Absatz aufzunehmen: „Die Neufassung löst die bisherige namentliche Bindung von KG-ZNS-Kinder und KG-ZNS an einzelne Behandlungskonzepte. Damit diese Öffnung in der Versorgung wirksam wird, sind nachgelagerte vertragsrechtliche Regelungen, insbesondere Leistungsbeschreibung, Vergütungsvereinbarung sowie Regelungen zu Qualifikation und Abrechnungserlaubnis nach § 125 SGB V, an die neue Systematik anzupassen. Das besondere Qualifikationserfordernis für KG-ZNS und KG-ZNS-Kinder bleibt hiervon unberührt. Es sollte jedoch künftig nicht dauerhaft ausschließlich über Zertifikate zu einzelnen namentlich genannten Konzepten konkretisiert werden, wenn die Richtlinie selbst methodenoffen gefasst wird.“	Die geplante Änderung streicht die bisherige konzeptbezogene Nennung aus der Heilmittel-Richtlinie. Damit wird die Richtlinie formal methodenoffener. Praktisch wird diese Öffnung jedoch nur wirksam, wenn die nachgelagerten Vertragsanlagen die neue Systematik nachvollziehen. Nach aktueller Vertragssystematik bestehen weiterhin konzeptbezogene Abrechnungspositionen, etwa KG-ZNS-Kinder nach Bobath, KG-ZNS-Kinder nach Vojta, KG-ZNS nach Bobath, KG-ZNS nach Vojta und KG-ZNS nach PNF. Auch die Regelungen zur besonderen Qualifikation und Abrechnungserlaubnis sind bislang an diese Logik gekoppelt. Dadurch kann die Situation entstehen, dass die Heilmittel-Richtlinie methodenoffen formuliert ist, die Versorgungspraxis aber weiterhin faktisch auf die bisherigen Konzepte begrenzt bleibt. Der Änderungsvorschlag richtet sich nicht gegen besondere Qualifikationsanforderungen. Bei neurologischen Versorgungsbereichen sind besondere Kompetenzen fachlich nachvollziehbar. Entscheidend ist aber, dass Qualitätssicherung künftig mit der methodenoffenen Richtlinienlogik vereinbar ausgestaltet wird.
Änderungsvorschlag 2: In den Tragenden Gründen klarstellen, dass keine neue abschließende Konzeptliste entsteht Der BED regt an, in den Tragenden Gründen zu § 19 Absatz 3 Nummer 5 folgenden Absatz aufzunehmen:	Der Beschlussentwurf sollte deutlich machen, dass die Streichung einzelner Konzeptnamen nicht lediglich eine redaktionelle Änderung ist. Ziel sollte eine fachlich anschlussfähige Beschreibung sein, die Weiterentwicklung ermöglicht und nicht über die Vertragspraxis erneut verengt wird. International werden in der neurologischen Rehabilitation auch andere Ansätze berücksichtigt, etwa Constraint-induced Movement Therapy beziehungsweise Forced Use sowie repetitives aufgabenspezifisches Training. Der BED macht damit keine Vorgaben zur physiotherapeutischen Binnenmethodik. Der Hinweis soll

„Die Beschreibung von KG-ZNS und KG-ZNS-Kinder erfolgt methodenoffen. Sie begründet keine abschließende Positivliste bestimmter neurophysiologischer Konzepte und schließt wissenschaftlich begründete, indikationsbezogene und patientensicher angewendete physiotherapeutische Maßnahmen nicht deshalb aus, weil sie nicht den bisher namentlich genannten Konzepten Bobath, Vojta oder PNF zugeordnet werden können.“	lediglich verhindern, dass moderne, wissenschaftlich begründete Ansätze weiterhin faktisch ausgeschlossen bleiben, obwohl die Heilmittel-Richtlinie künftig gerade nicht mehr konzeptgebunden formuliert sein soll. Die konkrete Auswahl physiotherapeutischer Maßnahmen muss weiterhin innerhalb der physiotherapeutischen Zielsetzung, qualifikationsgerecht, indikationsbezogen und patientensicher erfolgen.
Änderungsvorschlag 3: Abgrenzung zur Ergotherapie in den Tragenden Gründen ergänzen Der BED regt an, in den Tragenden Gründen zu § 19 Absatz 3 Nummer 5 Satz 5, Satz 6 Buchstabe g und Satz 8 folgenden Absatz aufzunehmen: „Alltagsrelevante Selbstständigkeit, Hilfsmittelnutzung, Bewegungsübergänge, Transfers und bewegungsbezogene Aktivitäten sind im Rahmen von KG-ZNS und KG-ZNS-Kinder auf die physiotherapeutische Zielsetzung bezogen, insbesondere Bewegung, Haltung, Koordination, Mobilität, Gleichgewicht und Transfers. Ergotherapeutischer Behandlungsbedarf ist zu prüfen, wenn Beeinträchtigungen von Betätigung, Selbstversorgung, häuslichem Leben, Handlungsorganisation, Hilfsmittelhandhabung, Umweltanpassung oder Teilhabe über die bewegungsbezogene physiotherapeutische Zielsetzung hinaus bestehen oder im Vordergrund stehen.“	Der Beschlussentwurf verwendet Begriffe mit deutlichem Alltags- und Teilhabebezug, insbesondere alltagsrelevante Selbstständigkeit, bewegungsbezogene Aktivitäten, Hilfsmittelnutzung und lebensweltbezogene Anforderungen. Diese Begriffe sind für eine moderne physiotherapeutische Beschreibung nachvollziehbar, dürfen aber nicht dazu führen, dass eigenständiger ergotherapeutischer Bedarf übersehen wird. Die Ergotherapie ist in der Heilmittel-Richtlinie ausdrücklich auf krankheitsbedingte Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe bezogen, unter anderem in den Bereichen Selbstversorgung, Mobilität, Alltagsbewältigung, Interaktion, Kommunikation und häusliches Leben. Sobald im Behandlungsverlauf nicht nur bewegungsbezogene Ziele, sondern Betätigung, Alltagsorganisation, Hilfsmittelhandhabung, Umweltanpassung oder Teilhabe im Vordergrund stehen, muss dieser Bedarf gesondert geprüft werden. Die vorgeschlagene Klarstellung überstülpt der Physiotherapie keine ergotherapeutischen Inhalte. Sie grenzt im Gegenteil beide Heilmittel sauber voneinander ab und trägt dazu bei, dass Patientinnen und Patienten das jeweils passende Heilmittel erhalten.
Änderungsvorschlag 4: Bezugspersonenanleitung präzisieren, ohne ergotherapeutische Beratung in die KG-ZNS zu verlagern Der BED regt an, die Tragenden Gründe zu § 19 Absatz 3 Nummer 5 Satz 9 und Satz 10 wie folgt zu ergänzen: „Die Anleitung von Bezugspersonen umfasst die für die physiotherapeutische Maßnahme erforderliche praktische Einweisung, die Prüfung der sicheren häuslichen Durchführbarkeit sowie die Aufklärung über relevante Warnzeichen. Sie ersetzt keine eigenständige ergotherapeutische Beratung oder Behandlung, wenn darüber hinaus alltagsorganisatorische,	Der Beschlussentwurf stärkt zu Recht Aufklärung, praktische Anleitung und Warnzeichen bei der Einbindung von Bezugspersonen. Gerade bei Kindern und bei häuslicher Durchführung ist dies ein wichtiger Beitrag zur Patientensicherheit. Gleichzeitig sollte klar bleiben, dass die physiotherapeutische Bezugspersonenanleitung auf die sichere Durchführung der physiotherapeutischen Maßnahme bezogen ist. Wenn darüber hinaus Fragen der Alltagsorganisation, der Betätigung, der häuslichen Umwelt, der Hilfsmittelhandhabung oder der familiären Bewältigung im Vordergrund stehen, kann ein eigenständiger ergotherapeutischer Bedarf bestehen. Diese Präzisierung schützt die fachliche Zuständigkeit der Physiotherapie und verhindert zugleich, dass ergotherapeutisch relevante Bedarfe in der Versorgung unsichtbar werden.

betätigungsbezogene oder umweltbezogene Bedarfe bestehen.“	

Gemeinsamer Bundesausschuss

Stellungnahme zur Änderung der Heilmittel-Richtlinie: Überprüfung der Regelungen zur Krankengymnastik zur Behandlung von ZNS-Erkrankungen (KG-ZNS und KG-ZNS-Kinder) insbesondere aufgrund von Hinweisen aus der Versorgung

Spitzenverband der Heilmittelverbände (SHV) e. V.	
30.06.2026	
Stellungnahme	**Begründung**
	Der SHV begrüßt ausdrücklich die im vorliegenden Beschlussentwurf vorgesehenen Änderungen der Heilmittel-Richtlinie im Bereich der Krankengymnastik zur Behandlung von Erkrankungen des zentralen Nervensystems (KG ZNS und KG ZNS Kinder). Aus unserer Sicht stellt diese Anpassung einen konsequenten und zeitgemäßen Schritt zur Weiterentwicklung der physiotherapeutischen Versorgung im neurologischen Bereich dar. **Bereits seit einigen Jahren weisen die maßgeblichen Berufsverbände der Physiotherapie auf die Notwendigkeit einer Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen hin, um aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen, sich verändernden Patientenbedürfnissen sowie den wachsenden Anforderungen an eine qualitativ hochwertige und zukunftsfähige Gesundheitsversorgung gerecht werden zu können.** **Die Gesundheitsversorgung basiert auf einem kontinuierlichen Prozess des Erkenntnisgewinns. Entsprechend müssen die Rahmenbedingungen so gestaltet sein, dass sowohl bestehendes Wissen, also auch neue wissenschaftliche Erkenntnisse sowie evidenzbasierte und konzeptunabhängige Therapieansätze in die Versorgung integriert werden können. Dadurch wird die therapeutische Methodenvielfalt gestärkt und die Möglichkeit geschaffen, Behandlungsmaßnahmen noch gezielter an den individuellen Bedürfnissen und Zielen von Patienten auszurichten. Gleichzeitig fördert eine solche Öffnung die fachliche Weiterentwicklung und Professionalisierung der Physiotherapie und trägt dazu bei, die Behandlungsqualität im neurologischen Bereich nachhaltig zu sichern und weiterzuentwickeln. Die vorgesehene Anpassung schafft die notwendigen Voraussetzungen, diesen Entwicklungsschritt in die Versorgungspraxis zu überführen.**

Spitzenverband der Heilmittelverbände (SHV) e. V.	
30.06.2026	
	Darüber hinaus ist es uns an dieser Stelle wichtig zu betonen, dass mit dieser Weiterentwicklung keine Abwertung oder Verdrängung der etablierten neurologischen Therapiekonzepte verbunden sein darf. Bobath, Vojta und PNF haben über Jahrzehnte einen wertvollen Beitrag zur Versorgung von neurologischen Patienten geleistet und bilden weiterhin einen wichtigen Bestandteil der physiotherapeutischen Praxis. Das mit diesen Konzepten verbundene Erfahrungswissen, die klinische Expertise sowie ihre praktische Bewährung im Versorgungsalltag stellen eine wichtige fachliche Ressource dar, die auch zukünftig erhalten bleiben soll. **Wir verstehen die geplanten Änderungen daher ausdrücklich als Erweiterung und Öffnung des bestehenden Systems und nicht als dessen Ersatz. Nur durch eine solche integrative Weiterentwicklung, die sowohl wissenschaftlichen Fortschritt als auch bestehende therapeutische Kompetenz angemessen berücksichtigt, kann eine vielfältige, qualitativ hochwertige und zukunftsfähige physiotherapeutische Versorgung von Patienten mit Erkrankungen des zentralen Nervensystems gewährleistet werden.**

Stellungnahme zur Änderung der Heilmittel-Richtlinie: Überprüfung der Regelungen zur Krankengymnastik zur Behandlung von ZNS-Erkrankungen (KG-ZNS und KG-ZNS-Kinder) insbesondere aufgrund von Hinweisen aus der Versorgung

Deutsche Gesellschaft für Physiotherapiewissenschaft (DGPTW)	
30.06.2026	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	**Begründung**
Wir begrüßen ausdrücklich die Entfernung spezifischer Konzeptnennungen in der neuen Position KG-ZNS der Heilmittelrichtlinie.	Eine Fortführung der expliziten Konzeptnennung würde voraussetzen, dass es tragfähige wissenschaftliche Belege für eine Überlegenheit der namentlich genannten Konzepte in der Verbesserung patientenrelevanter Endpunkte gegenüber anderen (nicht namentlich benannten) Konzepten gäbe. Der im Bericht dargestellte wissenschaftliche Erkenntnisstand (inzwischen unterstützt durch weitere aggregierte Evidenz wie Todhunter-Brown et al. 2025[1]) jedoch bestätigt diese Annahme nicht. Wir stimmen daher zu, dass eine technikoffene Regelung dem derzeit verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnisstand entspricht, da es die Voraussetzung für eine zeitgemäße, evidenzbasierte Patientenversorgung schafft. Die Konzeptoffenheit darf jedoch nicht zu einer qualitativen Verwässerung von Qualifizierungen führen. Die Anerkennungsfähigkeit von Vertiefungsqualifikationen sollte sich daran orientieren, dass Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten in die Lage versetzt werden, Menschen mit ZNS-Erkrankungen einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen evidenzbasiert zu behandeln. Neben einer erstmaligen fachlichen Vertiefungsqualifizierung braucht es angesichts der hohen Dynamik der Forschung zur Bewegungstherapie in der Neurologie eine kontinuierliche Fortbildungspflicht. Wir plädieren dafür, die bestehende gesetzliche Fortbildungspflicht (§ 125 SGB V) für die Position KG ZNS zu präzisieren. Durch die Etablierung akkreditierter, modularer Refresher-Kurse wird sichergestellt, dass Therapeutinnen und Therapeuten dauerhaft auf dem aktuellen

[1] Todhunter-Brown A, Sellers CE, Baer GD, Choo PL, Cowie J, Cheyne JD, Langhorne P, Brown J, Morris J, Campbell P. Physical rehabilitation approaches for the recovery of function and mobility following stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2025, Issue 2. Art. No.: CD001920. DOI: 10.1002/14651858.CD001920.pub4.

Deutsche Gesellschaft für Physiotherapiewissenschaft (DGPTW)	
30.06.2026	
	Stand physiotherapiewissenschaftlicher Erkenntnisse behandeln. Evidenzbasierte Leitlinien zur Versorgung von Menschen mit ZNS-Erkrankungen (einschließlich Rückenmarks- und neuromuskulären Erkrankungen) weisen dem begleitenden Einsatz gerätegestützter Bewegungstherapie (z. B. robotergestützte Gangtherapie, repetitives Eigentraining an Großgeräten) einen hohen therapeutischen Nutzen zu. Bisher werden solche Leistungen in der neuen Fassung § 19 Absatz 3 der Heilmittelrichtlinie nicht explizit ermöglicht. Um den bürokratischen Mehraufwand bei Parallelverordnungen (KG-ZNS und KGG) zu reduzieren, regen wir folgende präzisierende Klarstellung in der Richtlinie an: *Der optionale Einsatz von in der Praxis vorhandenen Therapiegeräten ist innerhalb der Regelzeit der KG-ZNS als methodischer Bestandteil zulässig und abrechnungsfähig.* Dies sichert eine leitliniengerechte Versorgung im Rahmen der bestehenden Vergütungsstruktur, ohne dass für Patientinnen und Patienten zwingend eine separate Doppelverordnung ausgestellt werden muss.

Stellungnahme zur Änderung der Heilmittel-Richtlinie: Überprüfung der Regelungen zur Krankengymnastik zur Behandlung von ZNS-Erkrankungen (KG-ZNS und KG-ZNS-Kinder) insbesondere aufgrund von Hinweisen aus der Versorgung

Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ), 29.06.2026	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	**Begründung**
Die Streichung der Verfahren Bobath und Vojta wird begrüßt, ebenso wie der Ansatz spezielle Verfahren grundsätzlich nicht aufzuführen.	Die antiquierte Einengung der Behandlung auf einzelne „Therapieschulen“ wird nicht weiter gefördert.
Es bedarf folgender Überarbeitung der neuen Nummer 5 des §19 Abs. 3 unter folgenden Gesichtspunkten: • Priorisierung von Aktivität und Teilhabe (ICF) • Berücksichtigung der besonderen Anforderungen des sich entwickelnden Nervensystems im Kindes- und Jugendalter. • Explizite Nennung von Kindern mit chronischen neurologischen Erkrankungen, Mehrfachbehinderungen und Entwicklungsstörungen als zentrale Zielgruppe. • Stärkere Berücksichtigung des familiären und sozialen Umfelds im Sinne einer familienzentrierten Versorgung. • Berücksichtigung einer Evaluation zur Qualitätssicherung (der letzte Absatz sollte von einer reinen „Nebenwirkungsvermeidungsbeschreibung hin zur Aufforderung der Qualitätssicherung entwickelt werden).	Die aktuelle Beschreibung von KG-ZNS-Kinder ist weiterhin überwiegend funktions- und defizitorientiert. Die besonderen Anforderungen des Kindes- und Jugendalters, insbesondere die Förderung von Entwicklung, Aktivität und Teilhabe, die Versorgung von Kindern mit komplexen Behinderungen und Entwicklungsstörungen sowie die familienzentrierte Ausrichtung der Therapie werden bislang nicht ausreichend berücksichtigt. Sie bildet keine geeignete Beschreibung für eine Therapie, die sich an evidenzbasierten Prinzipien orientieren soll. Auch wird die evidenzbasierte Evaluation (Qualitätssicherung) nicht berücksichtigt. Gruppentherapie stellt eine evidenzbasierte Zusatzoption für die Physiotherapie dar und sollte immanente Option von ZNS-Kind mit aufgeführt werden.
Im Einzelnen schlagen wir folgende neue Neuformulierungen vor:	

Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ), 29.06.2026	
Satz 4 und 5 [4]KG-ZNS und KG-ZNS-Kinder dienen insbesondere der Förderung von Aktivität, alltagsrelevanter Selbstständigkeit und Teilhabe im familiären, sozialen und bildungsbezogenen Umfeld. [5]Sie tragen sowohl zur Verbesserung und Wiederherstellung der Muskelfunktion (Muskelkraft, -ausdauer, -koordination und -tonus), der Förderung von Bewegung, Koordination, Haltung, posturaler Kontrolle und Gleichgewicht, der Verbesserung sensorischer und propriozeptiver Funktionen sowie der Stabilisierung vegetativer Funktionen als auch zur Vermeidung sekundärer Schädigungen einschließlich des Erhalts der Gelenkfunktion bei.	Die bisherige Reihenfolge der Inhalte von Satz 4 und 5 muss geändert werden. Darzustellen ist die primäre Ausrichtung und Fokussierung der Therapie auf Teilhabe gemäß ICF als Basis jeder modernen Neurorehabilitation.
[6]Physiotherapeutische Maßnahmen nach Satz 1 sind insbesondere: **a)** Beratung, Anleitung und Coaching von Eltern, Bezugspersonen sowie weiteren am Alltag des Kindes beteiligten Personen zur Förderung funktioneller Fähigkeiten, Aktivität und Teilhabe in den natürlichen Lebenswelten des Kindes. **b)** zielgerichtetes, aufgaben- und kontextspezifisches Training alltagsrelevanter Aktivitäten unter Berücksichtigung individueller Teilhabeziele des Kindes und seiner Familie, einschließlich der Nutzung vorhandener Hilfsmittel, **c)** aufgabenorientiertes Üben komplexer Handlungen („Whole-Task-Approach“) in natürlichen Lebenssituationen mit Förderung von Selbstständigkeit, Selbstwirksamkeit, Problemlösestrategien und motorischem Lernen,	Die DGSPJ hält die Änderung dieser Auflistung für essentiell, mit folgender Begründung: **1.** Es fehlen relevante Maßnahmen, insbesondere evidenzbasierte. **2.** Die ICF muss abgebildet werden. **3.** Die Priorisierung muss durch die Reihenfolge zum Ausdruck kommen. **4.** Der bisherige Satz 6 begünstigt die Anwendung der bisher in KG-ZNS-Kind angewendeten Verfahren (Bobath, Vojta) ohne eine ausreichende Grundlage für eine Weiterentwicklung in Richtung evidenzbasierter Verfahren zu ermöglich.

Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ), 29.06.2026	
d) Maßnahmen zur Verbesserung der manuellen, bimanuellen und mobilitätsbezogenen Fähigkeiten sowie ihrer Integration in Aktivitäten des täglichen Lebens, in Spiel, Bildung und Freizeit, **e)** Maßnahmen zur Förderung von Bewegung, Haltung, Mobilität und posturaler Kontrolle einschließlich Gleichgewicht, Bewegungsübergängen, Transfers sowie der Regulation von Muskeltonus und vegetativen Funktionen, **f)** Maßnahmen zur Verbesserung von Muskelkraft, Ausdauer, Koordination, sensomotorischen und propriozeptiven Funktionen sowie zur Vermeidung sekundärer Schädigungen und zum Erhalt der Gelenkfunktion,	
Satz 7 [7]Die Maßnahmen und das Erreichen der Therapieziele sind durch eine standardisierte Befunderhebung regelmäßig zu evaluieren und entsprechend dem Therapieverlauf anzupassen. Hierbei sollen geeignete evidenzbasierte Verfahren der Verlaufs- und Ergebnisbeurteilung eingesetzt werden. Die Behandlung orientiert sich an den individuellen funktionellen Ressourcen, Entwicklungszielen sowie an der Förderung von Aktivität und Teilhabe.	Die DGSPJ empfiehlt dringend, die Sätze 7-10 von einer Nebenwirkungsfokussierung hin zu einer evidenzbasierten Qualitätskontrolle zu entwickeln. Die Sätze 7–10 der G-BA-Formulierung reduzieren Qualitätskontrolle im Wesentlichen auf die Vermeidung von bzw. Aufklärung über Nebenwirkungen. Demgegenüber stellt eine evidenzbasierte, an Therapiezielen orientierte Qualitätskontrolle die wirksamere Prävention von Nebenwirkungen dar. Die vorgeschlagene Formulierung wird dem Anspruch einer modernen Physiotherapie nicht gerecht. Im Mittelpunkt des Qualitätsmonitorings sollten Therapieziele und therapeutische Maßnahmen stehen, vorzugsweise auf Grundlage evidenzbasierter Verfahren. So ist beispielsweise die Verbesserung der Eltern-Kind-Interaktion ein zentrales Therapieziel und daher als erster Punkt im Maßnahmenkatalog aufzuführen (s.o.). Das konsequente Monitoring

Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ), 29.06.2026	
	dieses Therapieziels stellt zugleich die wirksamste Prävention der in Satz 10 genannten Nebenwirkungen dar.
Satz 9 [9]Mitwirkende Bezugspersonen sind in die Festlegung der Therapieziele, die Umsetzung der therapeutischen Maßnahmen sowie die Bewertung des Therapieverlaufs einzubeziehen; die Förderung der Eltern-Kind-Interaktion und die Unterstützung eines entwicklungsförderlichen Umgangs mit dem Kind sind wesentliche Bestandteile der Behandlung.	Die DGSPJ empfiehlt dringend die Änderung dieses Satzes. Bezugspersonen und Eltern sind nicht Informationsempfänger, sondern zentrale Mitgestalter der Therapie.
Satz 11 [11]Die Behandlung kann auch als Gruppentherapie durchgeführt werden.	Explizit sollten Gruppenangebote gefördert werden und Hürden in der Praxis (getrennte Verschreibungswege) zum Einsatz derselben abgebaut werden. Es besteht ein grundsätzlicher Mangel an Gruppenangeboten, dies ist aus der Perspektive der Evidenz nicht gerechtfertigt. Der bisherige Satz 11 verantwortet diesen Versorgungsengpass wesentlich mit.

Stellungnahme zur Änderung der Heilmittel-Richtlinie: Überprüfung der Regelungen zur Krankengymnastik zur Behandlung von ZNS-Erkrankungen (KG-ZNS und KG-ZNS-Kinder) insbesondere aufgrund von Hinweisen aus der Versorgung

Deutschsprachige Medizinische Gesellschaft für Paraplegiologie (DMGP) e.V.	
30.06.2026	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	**Begründung**
Nach Durchsicht des Beschlussentwurfs des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Änderung der Heilmittel-Richtlinie für Krankengymnastik zur Behandlung von ZNS-Erkrankungen (KG-ZNS), unterstützt die Deutschsprachige Medizinische Gesellschaft für Paraplegiologie (DMGP) e.V. die vorgeschlagenen Änderungen vollumfänglich.	Die Beschreibung der Heilmittel KG-ZNS und KG-ZNS-Kinder wurden modernisiert und indikationsbezogen, nicht konzeptbezogen gefasst. Die Änderungen sind gemäß der aktuellen Evidenz gut begründet und nachvollziehbar.
Die DMGP befürwortet die Ausgestaltung weg von einer konzeptbezogenen (Bobath, Vojta, PNF) hin zu einer konzeptoffenen Heilmittel-Richtline.	Die konzeptneutrale Ausgestaltung der Heilmittel-Richtlinie eröffnet die Möglichkeit, dass funktionsorientierte, evidenzbasierte Physiotherapien, wie sie gemäß der Leitlinien der DMGP empfohlen werden, sich stärker in der Versorgungspraxis etablieren können.
Die DMGP begrüßt, dass bereits in der Versorgung angewandte Konzepte nicht ausgeschlossen werden.	Der Nicht-Ausschluss bereits in der Versorgung angewandter Konzepte gewährleistet einen reibungslosen, kontinuierlichen Übergang hin zu evidenzbasierten Therapieformen.

Stellungnahme zur Änderung der Heilmittel-Richtlinie: Überprüfung der Regelungen zur Krankengymnastik zur Behandlung von ZNS-Erkrankungen (KG-ZNS und KG-ZNS-Kinder) insbesondere aufgrund von Hinweisen aus der Versorgung

Deutsche Gesellschaft für interdisziplinäre Neurorehabilitation (DGiNR)	
30.06.2026	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	**Begründung**
Qualifikation für „KG-ZNS“: Nachweis von Erfahrung im Umgang mit neurologischen PatientInnen über einen Zeitraum von mindestens 2 Jahren sowie von Fortbildungsmaßnahmen in nachweislich evidenzbasierten Verfahren im Umfang von ca. 120 h	Bisher qualifizierten für die Abrechnung von „KG-ZNS“ Ausbildungen in Bobath, Voijta oder PNF. Wie gut dargestellt, sind diese jedoch unscharf definiert, basieren im Wesentlichen auf Erfahrungswerten und sind nicht auf der Basis moderne evidenzbasierter Methoden validiert bzw. zeigten sich in aussagekräftigen klinischen Studien und Meta-Analysen teilweise nachweislich unterlegen. Andererseits stehen in der modernen Neurorehabilitation aktuell eine Reihe von Verfahren zur Verfügung, die auf hohem Niveau validiert worden sind bis hin zu Meta-Analysen auf Cochrane-Niveau (z.B. **Electromechanical-assisted training for walking after stroke - PMC**). Daher sollten die Zugangsvoraussetzungen für „KG-ZNS“ im Sinne der Ausbildungen in Bobath, Voijta oder PNF gestrichen und zukünftig ersetzt werden durch Ausbildungen in nachweislich evidenzbasierten Verfahren der Neurorehabilitation, die im Rahmen der konkreten Verhandlungen zwischen den Vertragspartnern weiter spezifiziert werden sollten. Gerade auch aufgrund ihrer Expertise in der Entwicklung entsprechender Leitlinien (**Leitlinien - DGiNR**; **AWMF Leitlinienregister**) ist die DGiNR gerne bereit, sich hier fachlich in die Spezifikationen einer evidenzbasierten (zu den jetzt bestehenden alternativen) Qualifikation einzubringen. Aufgrund der hohen Komplexität und der mittlerweile umfangreichen Wissensbasis können entsprechende Qualifikationen nicht ausreichend im Rahmen einer Berufsausbildung, wohl aber im Rahmen eines Hochschulstudiums erworben werden. Zudem ist das auf diese Weise erworbene Wissen nicht statisch, sondern sollte regelmäßigen Updates unterliegen. Bei der Vergütung muss dieser erhöhte Qualifizierungsbedarf weiterhin berücksichtigt werden. Da eine funktionelle Wiederherstellung (senso)motorischer Funktionen einer hohen Intensität und hoher Repetitionszahlen

Deutsche Gesellschaft für interdisziplinäre Neurorehabilitation (DGiNR)	
30.06.2026	
	bedarf, ist es wichtig, dass die gegenüber „KG“ verlängerte Behandlungsdauer von 25-30 min unbedingt erhalten bleibt. Zudem ist weiterhin die Möglichkeit vorzusehen, Behandlungsdauern bis zu 60 Minuten (z.B. im Rahmen einer Doppelbehandlung) zu ermöglichen. Dies ist auch in der Ergotherapie (Motorisch-funktionelle Behandlung, Richtwert: 30-45 Minuten bzw. Sensomotorisch-perzeptive Behandlung, Richtwert: 45-60 Minuten) vorgesehen. Dabei ist auch dem Umstand Rechnung zu tragen, dass in Phasen intensiver Therapie häufiger auch werktägliche Therapie erforderlich ist. Die hier gemachten Äußerungen treffen analog auch für die Heilmittelkatalogposition KG-ZNS-Kinder zu.
§ 19 Absatz 3, Nummer 5: [7]Die zur Anwendung kommenden physiotherapeutischen Maßnahmen sowie die Therapieziele sind abhängig vom Therapieverlauf ~~insbesondere im Hinblick auf unerwünschte Wirkungen~~ fortlaufend zu überprüfen und bei Bedarf anzupassen.	Im Regelfall, insbesondere bei Physiotherapie von Erwachsenen, sollte die Zielorientierung stärker betont werden als die Nebenwirkungen
Erweiterung der Indikationen für „KG-Gerät“ Alternativ: Schaffung einer Abrechnungsposition „KG-Gerät-ZNS“	Aktuell kann gerätegestützte Physiotherapie in der Kleingruppe nur bei orthopädischen oder Schmerzdiagnosen verordnet werden. Eine der Kernweiterentwicklungen der modernen Neurorehabilitation ist aber der Einsatz von hocheffektiven Geräten wie Gang- oder Armrobotik mit Anschaffungskosten im fünf- bis sechsstelligen €-Bereich. Dies ist derzeit gegenüber einer rein personengestützten Therapie nicht refinanziert und in der ambulanten Versorgung entsprechend unterrepräsentiert. Daher sollte eine Abrechnung dieser Position auch für neurologische Diagnosen vorgesehen werden.
Änderung der Terminologie „KG-ZNS“ auf „PT-ZNS“	Das Wort „Krankengymnastik“ entspricht konzeptionell nicht den Inhalten der Therapie, ist zudem wissenschaftlich weder national noch international gebräuchlich. Daher sollte auch in dieser Abkürzung das Wort „Physiotherapie“ benutzt werden.

Internationale Vojta Gesellschaft e.V.

Siegen, 30.06.2026

Stellungnahme der

Internationalen Vojta Gesellschaft e.V.

zum

Beschlussentwurf 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) insbesondere aufgrund von Hinweisen aus der Versorgung zur Durchführung der Vojta-Therapie bei Kindern

1. Einführung

Im Namen der Internationalen Vojta Gesellschaft (IVG) bedanken wir uns herzlich für die Gelegenheit, zum Entwurf des Beschlusses sowie zu den Tragenden Gründen im Rahmen des Beratungsverfahrens zur Überprüfung der KG-ZNS-Richtlinie Stellung zu nehmen.

Zielsetzung und Aufgaben der Internationalen Vojta Gesellschaft

Die IVG verfolgt gemäß ihrer Satzung eine primär wissenschaftliche Zielsetzung. Unsere Arbeit konzentriert sich auf die Erforschung, Weiterentwicklung und praktische Anwendung des Lokomotionsprinzips in Diagnostik und Therapie nach Dr. V. Vojta. Die wissenschaftliche Aktivität der IVG spiegelt sich in einer jahrzehntelangen Kontinuität wider – dokumentiert durch eine eigene Literaturdatenbank, regelmäßige Publikationen unserer Mitglieder sowie die Durchführung von oder Teilnahme an internationalen Fachtagungen und Symposien. Als Fachgesellschaft sichern wir zudem durch die kontinuierliche Aus- und Fortbildung von Medizinern und Physiotherapeuten die Qualität und den aktuellen wissenschaftlichen Standard in der Patientenversorgung.

Geschäftsstelle
Internationale Vojta Gesellschaft e.V.
Wellersbergstraße 60
D-57072 Siegen

Telefon 0271/30 38 39-99 ·
Fax 0271/ 30 38 39-98
Internet: www.vojta.com
eMail: info@vojta.com

Eingetragen:
Internationale Vojta Gesellschaft
Vereinsregister Siegen
VR-6016

1.1 Tragende Gründe geben nicht den aktuellen Stand der relevanten Evidenz wieder

Der Entwurf der Tragenden Gründe weist aus, dass relevante aktuelle Studien bisher nicht ausgewertet wurden. Dadurch ist die für den G-BA maßgebliche wissenschaftliche Basis unvollständig und entspricht nicht dem aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse. **Unsere detaillierten Anmerkungen zum Beschlussentwurf und den Tragenden Gründen sowie konkrete Text-Änderungsvorschläge unter Einbindung dieser bisher nicht berücksichtigten Evidenz haben wir dieser Stellungnahme als Anlage 1 beigefügt.**

Wir verweisen dabei auch auf unser **Schreiben vom 14. April 2026**, welches wir ebenfalls beilegen (**Anlage 2**) und hiermit ausdrücklich zum Gegenstand dieser Stellungnahme machen.

Wir bitten den G-BA, die von uns nachgereichten wissenschaftlichen Informationen und Literaturstellen **vollumfänglich zu prüfen** und die von uns vorgeschlagenen Anpassungen der Richtlinien-Formulierungen in den finalen Beschlusstext sowie in die Tragenden Gründe zu übernehmen, um eine praxistaugliche und wissenschaftlich präzise Ausgestaltung der Richtlinie zu gewährleisten.

1.2 Keine Diffamierung der Vojta-Therapie ohne hinreichende Belege

Die bei Einleitung des Beratungsverfahrens verwendete Rhetorik eines „möglichen Schädigungspotenzials“ hat bereits erhebliche Kollateralschäden in der Versorgungspraxis verursacht. Verunsicherte Eltern und Ärzte, ein spürbarer Rückgang an Verordnungen sowie Absagen von Weiterbildungsplätzen sind die direkten Folgen in der Versorgung.

Aus den Stellungnahmen aller antwortenden Fachgesellschaften (Anlage-3_STN_FBMed_KG-ZNS) geht hervor, dass es **keinerlei wissenschaftlichen**

Geschäftsstelle
Internationale Vojta Gesellschaft e.V.
Wellersbergstraße 60
D-57072 Siegen

Telefon 0271/30 38 39-99 ·
Fax 0271/ 30 38 39-98
Internet: www.vojta.com
eMail: info@vojta.com

Eingetragen:
Internationale Vojta Gesellschaft
Vereinsregister Siegen
VR-6016

Nachweis für Schädigungen, andere nachteilige Effekte oder Unwirksamkeit gibt. Dennoch wird dieser Verdacht weder im Beschlussentwurf noch in den Tragenden Gründen explizit entkräftet. Auch wenn die Evidenz in einigen Bereichen noch Schwächen aufzeigt, belegen die Daten ausschließlich positive klinische Effekte – negative Auswirkungen oder Unwirksamkeiten wurden in keinem Fall nachgewiesen.

Wir fordern den G-BA auf,

- ein offenbar nur von einzelnen Stimmen vorgetragenes und weder in Studien belegtes noch in den wissenschaftlichen Fachgesellschaften anerkanntes „Schädigungspotenzial“ nicht zur Grundlage seiner Entscheidung zu machen oder

- über seine Beschlussfassung und seine Ausführungen in den Tragenden Gründen nicht den Eindruck zu vermitteln, die Vojta-Therapie würde ein gegenüber anderen Heilmitteln hinausgehendes Risiko in sich tragen.

1.4 Richtigstellung fundamentaler Missverständnisse zur Neurophysiologie und zum Alltagsbezug in den Tragenden Gründen

Uns ist bewusst, dass die in den Tragenden Gründen zusammengefassten Fehlannahmen teilweise auf Rückmeldungen einzelner Stellungnehmenden zurückgehen. Es besteht jedoch das akute Risiko, dass der G-BA nicht überprüfte, fachlich unpräzise Mindermeinungen in seine finale Begründung übernimmt. Im Sinne einer sachlich neutralen und rechtssicheren Richtlinienanpassung müssen die im Syntheseprozess entstandenen systematischen Fehlinterpretationen dritter Fachgesellschaften in den folgenden Kernkomplexen korrigiert werden:

I. Das funktionell-ontogenetische Missverständnis: Im Diskurs wird behauptet, dass die Vojta-Therapie auf dem überholten Dogma einer „strikt hierarchisch-chronologischen Entwicklung“ basiere und auf alltagsbezogene

Geschäftsstelle
Internationale Vojta Gesellschaft e.V.
Wellersbergstraße 60
D-57072 Siegen

Telefon 0271/30 38 39-99 ·
Fax 0271/ 30 38 39-98
Internet: www.vojta.com
eMail: info@vojta.com

Eingetragen:
Internationale Vojta Gesellschaft
Vereinsregister Siegen
VR-6016

Zielstellungen, Aufgabenorientierung sowie Motivation und Alltagsautonomie verzichte. Diese Interpretation verwechselt die Voraussetzung einer neurophysiologischen Intervention mit deren Zielstellung. Die idealmotorische Ontogenese dient in der Praxis als hocheffizientes qualitatives Referenzsystem (Assessment) zur Beurteilung des neurophysiologischen Status, um pathologische Blockaden präzise von gesunder Variabilität abzugrenzen. Aus dieser Befundanalyse werden für jeden Patienten individuelle, aktivitäts- und teilhabebezogene Ziele formuliert. Das durch die Aktivierung entstehende „neurologische Zeitfenster“ wird direkt nach jeder Therapieeinheit genutzt, um die funktionelle Basisstabilität (posturale Kontrolle) unmittelbar in alltagsrelevante, motivierte Aktivitäten zu überführen.

II. Das neurobiologische Missverständnis: Die Behauptung, die Vojta-Therapie basiere auf einem unbewiesenen Ansatz, der den Körper über rein propriozeptive Hautafferenzen auf Ebene eines einfachen spinalen Reflexbogens (CPG) triggere und auf „tonische Muskelkontraktionen“ reduziere, ist fachlich unpräzise. Reine Oberflächenreize der Haut generieren keine Propriozeption. Die zur Aktivierung erforderliche Afferenz wird neben den exakten Auslösezonen durch bestimmte Ausgangsstellungen mit definierten Winkelstellungen erzeugt. Die Evidenz zeigt, dass mittels fMRT eine signifikante Aktivierungssteigerung in subkortikalen und supraspinalen Netzwerken, insbesondere der pontomedullären Formatio reticularis (PMRF), dem Kleinhirn und dem Putamen (Zentren der posturalen Haltungskontrolle und motorischen Automatisierung) nachgewiesen wurde, während ergänzende EEG-Daten die kortikale Bahnung des supplementär-motorischen Areals (SMA) und des primären motorischen Kortex (M1) belegen. Die efferente Antwort ist keine „tonische Muskelkontraktion“, sondern ein hochdynamischer Bewegungskomplex mit direkt nachgewiesenen Soforteffekten (Czajkowska et al., 2019; Perales-López et al., 2024; Qian et al., 2025).

III. Das „Vojta-Prinzip“ ist kein Konzept: Die Verwendung des Begriffes „Konzept“ führt zu der Annahme, es habe keine Modifikation stattgefunden. Das

Geschäftsstelle
Internationale Vojta Gesellschaft e.V.
Wellersbergstraße 60
D-57072 Siegen

Telefon 0271/30 38 39-99 ·
Fax 0271/ 30 38 39-98
Internet: www.vojta.com
eMail: info@vojta.com

Eingetragen:
Internationale Vojta Gesellschaft
Vereinsregister Siegen
VR-6016

neurophysiologische Fundament nach Vojta ist jedoch als naturwissenschaftliches Prinzip (das „Vojta-Prinzip“) zu verstehen. Die Gesetzmäßigkeiten der Reflexlokomotion sind evolutionsbiologisch verankerte Konstanten – sie verändern sich ebenso wenig wie die Anatomie des Nervensystems selbst. Während der biologische Kern stabil bleibt, passt sich die klinische Anwendungspraxis kontinuierlich an moderne wissenschaftliche Erkenntnisse an. Dies betrifft die feine, prozessbegleitende Anpassung der Heimprogramme an die individuellen Belastungsgrenzen der Familien, das moderne, bindungsorientierte Eltern-Coaching (Forschungspreis *Soraya Pacheco da Costa*, 2025; Bindungsschutz belegt durch *San-Martín-Gómez et al., 2026a, 2026b)* sowie die quantitative Validierung zur datengestützten Objektivierung klinischer Ergebnisse mittels Deep-Learning-Algorithmen (*Velázquez-Iglesias et al., 2025*) und Inertialsensoren (IMUs; *Fionn Bayley et al., 2026*). Die Beibehaltung des stabilen neurophysiologischen Kerns ist kein Defizit, sondern das Fundament für die hohe Standardisierung, Reproduzierbarkeit und Patientensicherheit der Methode.

2. Stellungnahme zur Änderung von § 19 Absatz 3 Nr. 5 Heilm-RL

Die redaktionelle Zusammenführung von KG-ZNS und KG-ZNS-Kinder im Beschlusstext unter eine Nr. 5 wird grundsätzlich begrüßt. Sie führt zu einer Vereinfachung und dient der besseren Lesbarkeit sowie Übersichtlichkeit der Richtlinie. Gleichzeitig muss dadurch aber umso mehr berücksichtigt werden, dass die nachfolgenden Formulierungen für beide Heilmittel gleichermaßen gültig und relevant sind. Dies erfordert eine konsequent alters- und konzeptübergreifende Sprache; reine Fokusformulierungen auf das Kindesalter greifen zu kurz, da die Risikobeschreibungen gleichermaßen für schwerstbetroffene erwachsene Patienten sowie deren pflegerisches Umfeld Gültigkeit besitzen müssen (wie exemplarisch in unseren Änderungsvorschlägen zu Satz 8 ausgeführt).

Geschäftsstelle
Internationale Vojta Gesellschaft e.V.
Wellersbergstraße 60
D-57072 Siegen

Telefon 0271/30 38 39-99 ·
Fax 0271/ 30 38 39-98
Internet: www.vojta.com
eMail: info@vojta.com

Eingetragen:
Internationale Vojta Gesellschaft
Vereinsregister Siegen
VR-6016

2.1 Konkretisierung der Anwendungsgebiete und Behandlungsziele – S. 1, 4 und 5

Die von der IVG ausdrücklich begrüßte Neuausrichtung der Richtlinie an den Dimensionen der ICF spiegelt sich in der Definition der Anwendungsgebiete und Behandlungsziele (Zu den Sätzen 4 bis 6) sachgerecht wider. Die Fokussierung auf die funktionelle Komplexität neurologischer Erkrankungen und die ausdrückliche Berücksichtigung entwicklungsabhängiger Funktionen bei Kindern decken sich vollumfänglich mit dem neurophysiologischen und entwicklungsorientierten Ansatz der Vojta-Therapie.

Wir weisen jedoch darauf hin, dass bei der Verfolgung dieser Behandlungsziele (wie Tonusregulation, posturaler Kontrolle und Haltungssteuerung) der Fokus nicht allein auf dem bewussten, alltagsbezogenen Üben liegen darf. Insbesondere bei schwerstbetroffenen, unvollständig innervierten oder non-kooperativen Patienten (z. B. Säuglinge, schwere geistige Beeinträchtigungen oder intensivpflichtige Patienten) ist eine unbewusste Anbahnung über das zentrale Nervensystem die fundamentale Voraussetzung, um die hier geforderten Behandlungsziele überhaupt erst zu erreichen.

2.2 Bestimmung der physiotherapeutischen Maßnahmen – S. 6

Wir begrüßen, dass die konzeptoffene Strukturierung des neuen Maßnahmenkatalogs (Satz 6, Buchstabe a bis g) die therapeutische Expertise direkt am Patienten stärkt und eine flexible Versorgung sichert. Sie schließt explizit die in den Tragenden Gründen (Kapitel 4.3.2) bestätigte Möglichkeit ein, spezialisierte neurophysiologische Behandlungsmethoden bedarfsgerecht miteinander oder mit weiteren strukturellen Maßnahmen zu kombinieren, um dem komplexen biopsychosozialen Bedarf der Patientinnen und Patienten gerecht zu werden.

Unklar bleibt jedoch im vorliegenden Entwurf, in welchem Kontext diese physiotherapeutischen Maßnahmen zu sehen sind und **wer auswählt**, **welche**

Geschäftsstelle
Internationale Vojta Gesellschaft e.V.
Wellersbergstraße 60
D-57072 Siegen

Telefon 0271/30 38 39-99 ·
Fax 0271/ 30 38 39-98
Internet: www.vojta.com
eMail: info@vojta.com

Eingetragen:
Internationale Vojta Gesellschaft
Vereinsregister Siegen
VR-6016

konkret zu erbringende Maßnahme nach welcher Technik erbracht werden soll. Bezüglich der Ausführungen in den Tragenden Gründen (Kapitel 5.2.1), wonach diese Konzeptöffnung die Möglichkeit bietet, die Inhalte der Verträge nach § 125 SGB V zur erforderlichen Weiterbildung „weiterzuentwickeln“, fordert die IVG eine strikte regulatorische Absicherung der Entscheidungsebenen:

- **Schutz des Qualitätsniveaus und Erhalt der Zertifikatspflicht (*):** Die in Satz 6 definierten Maßnahmen (insb. Bewegungsanbahnung, posturale Kontrolle, Tonusregulation) sind bei zerebralen oder spinalen Schädigungen hochkomplexe Interventionen. Die Beibehaltung der Zertifikatspflicht (gekennzeichnet durch das Sternchen *) ist daher medizinisch zwingend. Eine „Weiterentwicklung“ der Verträge nach § 125 SGB V darf keinesfalls zu einer Absenkung des Qualifikationsniveaus führen. Vieles spricht aus unserer Sicht dafür, dass die vorgesehene Erweiterung als die Bestimmung neuer Indikationen für zugelassene Heilmittel i.S.v. § 4 Abs. 4 S. 1 der Heilm-RL zu werten ist. In diesem Fall ist sicherzustellen, dass neue Fachweiterbildungen zu fordern wären. Neben einer reinen evidenzbasierten Methode müssen tiefgreifende Kenntnisse zu Krankheitsbildern, Neurophysiologie etc. curricularer Bestandteil sein. Neue, zukünftige Curricula müssen ein zu den etablierten Konzepten (Vojta, Bobath, PNF) vollkommen gleichwertiges, mehrwöchiges Weiterbildungsvolumen mit eigenständigen neurophysiologischen Prüfungsanteilen aufweisen.
- **Erhalt optionaler ärztlicher Hinweise zur klaren Zuweisung:** Um die interdisziplinäre Kommunikation zwischen Ärzteschaft und Therapeuten zu sichern, muss klargestellt werden, dass es der verordnenden Ärzteschaft unbenommen bleibt, bei spezifischer medizinischer Indikation einen prioritären oder ergänzenden methodischen Hinweis (z. B. „Bitte Durchführung mittels Vojta / Bobath / PNF“) auf dem Verordnungsvordruck im Feld „ggf. therapeutische Hinweise“ zu vermerken.

Geschäftsstelle
Internationale Vojta Gesellschaft e.V.
Wellersbergstraße 60
D-57072 Siegen

Telefon 0271/30 38 39-99 ·
Fax 0271/ 30 38 39-98
Internet: www.vojta.com
eMail: info@vojta.com

Eingetragen:
Internationale Vojta Gesellschaft
Vereinsregister Siegen
VR-6016

Nach § 1 S. 2 und § 2 Abs. 2 S. 1 der Heilm-RL regelt diese die Verordnung von Heilmitteln durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte. Dies deckt sich mit der in § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 SGB V bestimmten Regelungskompetenz des G-BA. Damit wird sowohl einer unmittelbaren Regelung von Pflichten der Heilmittelerbringer als auch einer Verlagerung der Kompetenz zur Regelung des Verordnungsverhaltens auf die Ebene der Rahmenvereinbarung nach § 125 SGB V Grenzen gesetzt, weshalb dieser Mangel auch nicht auf vertraglicher Ebene geheilt werden könnte. Insgesamt raten wir deshalb dringend an, dem Arzt die Entscheidung vorzubehalten, auch über die aus seiner Diagnostik und Therapieentscheidung entstehende Konkretisierung des Heilmittels zu befinden und diese Konkretisierungsentscheidung optional in die Verordnung aufnehmen zu können. Dem Heilmittelerbringer würde dann durch die Verordnung deutlich, innerhalb welchen Rahmens er nach eigener Verantwortung zu entscheiden hat. Ohne diese Option gehen Unklarheiten der Richtlinie bei der Entscheidungsverantwortung letztlich zu Lasten der Normadressaten, weil sie die damit verbundenen Rechtsrisiken auf die Anwender verlagern. Wählt etwa ein qualifizierter Physiotherapeut im Rahmen der neuen Technikoffenheit eine für das Krankheitsbild unzureichende Behandlungsmethode, obwohl medizinisch eine hochspezialisierte neurophysiologische Intervention wie nach Vojta geboten gewesen wäre, wird er im Haftungsfall dem verordnenden Arzt vorhalten, dies nicht konkreter in der Verordnung zum Ausdruck gebracht zu haben. Nicht zuletzt dient eine klarere Unterscheidung der Entscheidungsebenen einer effizienteren Versorgung. Hat der Arzt eine Entscheidung (möglicherweise nach intensivem Austausch mit den Bezugspersonen) über die Technik getroffen, sollte diese beim Heilmittelerbringer nicht nochmals hinterfragt werden müssen. Etwaige Einwände der Krankenkasse könnten aufgrund der Verordnung dem jeweiligen Entscheider zugeordnet werden.

Geschäftsstelle
Internationale Vojta Gesellschaft e.V.
Wellersbergstraße 60
D-57072 Siegen

Telefon 0271/30 38 39-99 ·
Fax 0271/ 30 38 39-98
Internet: www.vojta.com
eMail: info@vojta.com

Eingetragen:
Internationale Vojta Gesellschaft
Vereinsregister Siegen
VR-6016

Änderungsvorschlag

Zur Umsetzung des Entscheidungsvorbehalts schlagen wir vor, S. 7 wie am Ende von 2.3.1 dargestellt zu ändern.

Weitere Änderungsvorschläge

1. In Satz 6 schlagen wir vor, lit. b) wie folgt zu fassen:

b) „Maßnahmen zur Kraft- und Koordinationsförderung und Reduktion pathologischer Ersatzmuster

Begründung: Reine Trainingsansätze greifen bei ZNS-Schädigungen zu kurz. Patienten mit zentralen Läsionen entwickeln kompensatorische Ersatzmuster. Ein primäres Behandlungsziel der KG-ZNS muss die Reduktion und Inhibition dieser pathologischen Muster sein, um die neurophysiologischen Voraussetzungen für eine zielorientierte Bewegungsanbahnung sowie für größtmögliche Aktivität und Teilhabe im Sinne der ICF zu schaffen.

2. Außerdem schlagen wir vor, in lit. d des Satzes 6 nach dem Wort „Maßnahmen“ die Wörter „***zur Förderung***“ zu ergänzen.

Begründung: Es handelt sich dabei um eine redaktionelle und fachliche Präzisierung. Die „posturale Kontrolle“ stellt das therapeutische Ziel dar, welches durch die physiotherapeutische Maßnahme aktiv gefördert werden soll, und ist nicht die Maßnahme selbst.

2.3 Qualitätssicherung - S. 7-10

Die Qualitätssicherung ist zu begrüßen, jedoch werden durch den Entwurf falsche Schwerpunkte gesetzt und die Verantwortung zur Therapiesicherheit ist unklar geregelt.

Geschäftsstelle
Internationale Vojta Gesellschaft e.V.
Wellersbergstraße 60
D-57072 Siegen

Telefon 0271/30 38 39-99 ·
Fax 0271/ 30 38 39-98
Internet: www.vojta.com
eMail: info@vojta.com

Eingetragen:
Internationale Vojta Gesellschaft
Vereinsregister Siegen
VR-6016

2.3.1 Fortlaufende Überprüfungs- und Anpassungspflicht – S. 7

Die in Satz 7 geforderte fortlaufende Überprüfung der Maßnahmen im Therapieverlauf ist im Sinne der Patientensicherheit sinnvoll. Die praktische Umsetzung wirft jedoch strukturelle Unklarheiten auf, die im Richtlinientext präzisiert werden müssen:

- **Vermeidung einer versehentlichen Unspezifität der Verordnung**: Da die bisherige Regelung unter KG ZNS ausschließlich die spezifischen Therapien nach Vojta, Bobath und PNF versteht, ist nach der Konzeptöffnung nicht nur zu erwarten, dass Ärzte in ihrer Verordnung nach Änderung der Heilmittel-Richtlinie (trotz der sicherlich nach einer Beschlussfassung erfolgenden Informationen der KVen) ungewollt die Entscheidung, ob etwa Vojta angewandt wird oder nicht auf den Heilmittelerbringer verlagern, obwohl sie sich in Bezug auf die konkrete Form der Krankengymnastik festlegen wollten (versehentliche Unspezifität der Verordnung). Dieses Risiko wird durch die vorgesehene Streichung in § 13 Absatz 2 Satz 3 Buchstabe h und § 13a Absatz 1 Buchstabe h verstärkt, da sie den Eindruck vermitteln, dass eine Spezifizierung auch nicht mehr möglich sein soll.
- **Klarstellung der Verantwortlichkeiten zur Vermeidung von Haftungsrisiken:** Die Kriterien für die Erstauswahl der zutreffenden Technik müssen transparent bleiben. Unklarheiten der Richtlinie bei der Entscheidungsverantwortung gehen letztlich zu Lasten der Normadressaten, weil sie die damit verbundenen Rechtsrisiken auf die Anwender verlagern. Um dieses Verschwimmen der Grenzen zu verhindern, muss im Richtlinientext verankert werden, dass die methodenspezifische Konkretisierung ein optionales Steuerungselement in ärztlicher Hand bleibt (wie in Ziffer 2.2 begründet). Die sorgfältige Auswahl der zutreffenden Technik wird (anders als die Überprüfung dieser Entscheidung) im aktuellen Entwurfstext gar nicht geregelt und es

Geschäftsstelle
Internationale Vojta Gesellschaft e.V.
Wellersbergstraße 60
D-57072 Siegen

Telefon 0271/30 38 39-99 ·
Fax 0271/ 30 38 39-98
Internet: www.vojta.com
eMail: info@vojta.com

Eingetragen:
Internationale Vojta Gesellschaft
Vereinsregister Siegen
VR-6016

bleibt unklar, ob diese Entscheidung vom Arzt oder vom Heilmittelerbringer zu treffen ist.

- **Keine risikoaverse Therapie verlangen**. Durch die Formulierung „insbesondere im Hinblick auf unerwünschte Wirkungen“ wird den Therapeutinnen und Therapeuten ein Haftungsrisiko unklarer Dimension überantwortet, weil das Therapieziel nicht im Hinblick auf mögliche Nebenwirkungen aufgegeben werden kann, ohne die Therapie einzustellen. Denn jede Form der Krankengymnastik kann diese unerwünschten Nebenwirkungen erzeugen. Medizinisch geboten bleibt sicherlich immer eine Abwägung von erreichbaren Therapiechancen und der damit verbundenen Risiken. Die Formulierung stellt aber einseitig und ohne die gebotene Abwägung die Risiken in den Vordergrund und verpflichtet den Therapeuten unsachgemäß zu Vorrang der Schadensvermeidung gegenüber den erreichbaren positiven Therapieeffekten.

Änderungsvorschlag

Wir schlagen deshalb vor, S. 7 im Hinblick auf einen ärztlichen Verordnungsvorbehalt (s.o. Stellungnahme zu S. 6) und die Vermeidung einer negativen Risikoverzerrung wie folgt zu fassen:

> ***Die zur Anwendung kommenden physiotherapeutischen Maßnahmen werden unter Benennung der dabei einzusetzenden Techniken auf der Verordnung angegeben, soweit eine entsprechende Konkretisierung aus der ärztlichen Diagnose geboten ist; ~~sowie~~ die Therapieziele sind abhängig vom Therapieverlauf ~~insbesondere im Hinblick auf unerwünschte Wirkungen~~ fortlaufend zu überprüfen und bei Bedarf anzupassen.***

Geschäftsstelle
Internationale Vojta Gesellschaft e.V.
Wellersbergstraße 60
D-57072 Siegen

Telefon 0271/30 38 39-99 ·
Fax 0271/ 30 38 39-98
Internet: www.vojta.com
eMail: info@vojta.com

Eingetragen:
Internationale Vojta Gesellschaft
Vereinsregister Siegen
VR-6016

2.3.2 Behandlung angeborener oder frühkindlich erworbener Schädigungen – S. 8

Der Ausdruck „daraus resultierenden relevanten Risiken“ enthält keinen eindeutigen Bezugspunkt. Es bleibt unklar, ob sich „daraus“ auf die entwicklungsabhängigen Funktionen, die alters- und lebensweltbezogenen Anforderungen oder auf die zuvor genannten Schädigungen des Zentralen Nervensystems bezieht.

Die vom G-BA gewählte Zusammenlegung von KG-ZNS und KG-ZNS-Kinder in eine gemeinsame Leistungsziffer erfordert zwingend eine alters- und konzeptübergreifende Regelung. Die im Entwurf genannten psychosozialen Risiken betreffen in ähnlicher Weise erwachsene Patienten mit schweren kognitiven, kommunikativen oder geistigen Beeinträchtigungen (z. B. nach Schlaganfall oder anderen schweren Schädigungen im Erwachsenenalter) sowie deren pflegerisches Umfeld. Der Begriff ‚funktionelle Belastungsgrenzen‘ mit der Pflicht zur ‚prozessbegleitenden Anpassung‘ sichert die Therapiesicherheit und Versorgungsqualität über die gesamte Lebensspanne der Patienten rechtssicher ab.

Änderungsvorschlag

Wir schlagen vor, S. 8 wie folgt zu fassen:

> ***Die Therapeutin oder der Therapeut hat bei der Behandlung entwicklungsabhängige Funktionen, alters- und lebensweltbezogene Anforderungen sowie die daraus resultierenden relevanten strukturellen Risiken und funktionellen Belastungsgrenzen zu berücksichtigen und die therapeutischen Maßnahmen bei Bedarf prozessbegleitend anzupassen.***

Geschäftsstelle
Internationale Vojta Gesellschaft e.V.
Wellersbergstraße 60
D-57072 Siegen

Telefon 0271/30 38 39-99 ·
Fax 0271/ 30 38 39-98
Internet: www.vojta.com
eMail: info@vojta.com

Eingetragen:
Internationale Vojta Gesellschaft
Vereinsregister Siegen
VR-6016

2.3.3 Mitwirkende Bezugspersonen – S. 9

Die explizite Verankerung der Aufklärung der Bezugspersonen sowie deren praktische Anleitung (Satz 9 und 10) wird ausdrücklich unterstützt. Dies stärkt die Patientensicherheit und die Qualität der häuslichen Therapiefortführung.

2.3.4 Aufklärung über Risiken der Therapie und Warnzeichen – S. 10

Ein umsichtiges, risikopräventives Vorgehen sowie das Achten auf individuelle Belastungsgrenzen müssen ein inhärenter, allgemeingültiger Qualitätsstandard *aller* neurophysiologischen Methoden sein – völlig unabhängig von der Methode, dem Alter oder der Art der Behinderung. Um dies jedoch ohne übermäßigen bürokratischen Mehraufwand, Vorabverdächtigungen oder Haftungsrisiken umzusetzen, bedarf es einer sachlichen, ressourcenorientierten Sprache und einer Einbindung in ein strukturiertes Qualitätssicherungsverfahren.

Die im Entwurf (in S. 10) implizierte, weitreichende Beobachtungspflicht hinsichtlich „unerwünschter Wirkungen“ sowie „Stressreaktionen oder Beziehungsstörungen“ lässt sich in dieser Form nicht aus der wissenschaftlichen Evidenz ableiten. Wie der G-BA in seinen Tragenden Gründen folgerichtig festhält, existiert kein empirischer Beleg für strukturelle Schädigungen oder negative Effekte durch neurophysiologische Therapieverfahren. Auf Seite 15 (Kapitel 4.4.3) wird sogar explizit eingeräumt, dass für die postulierten Spätfolgen (wie Bindungsunsicherheit) „empirische Belege hierfür fehlten“ und diese lediglich auf „entwicklungspsychologischen Theorien“ basieren. Psychologische Phänomene wie „Beziehungsstörungen“ sind ohne standardisierte psychotherapeutische Tools im Heilmittelalltag weder objektivierbar noch rechtssicher zu dokumentieren. Eine solche „Verdachtsregulierung“ schürt unbegründete Ängste bei Familien.

Um eine defizitorientierte Sprache („Gefährdungsszenarien“) zu vermeiden und die Aufmerksamkeit auf das gewünschte Verhalten bzw. das angestrebte Ziel (Patientensicherheit) statt auf Fehler, Risiken oder Defizite zu richten, empfehlen

Geschäftsstelle
Internationale Vojta Gesellschaft e.V.
Wellersbergstraße 60
D-57072 Siegen

Telefon 0271/30 38 39-99 ·
Fax 0271/ 30 38 39-98
Internet: www.vojta.com
eMail: info@vojta.com

Eingetragen:
Internationale Vojta Gesellschaft
Vereinsregister Siegen
VR-6016

wir eine Änderung in S. 10. Dies würde unbegründete Ängste bei den Familien vermeiden und die Therapietreue fördern.

Änderungsvorschlag

Wir schlagen vor, Satz 10 wie folgt zu fassen:

> ***„Insbesondere bei KG-ZNS-Kindern bedarf es einer umfassenden praktischen Anleitung der Bezugspersonen. Diese beinhaltet auch die Förderung einer bindungsstärkenden Kommunikation und das rechtzeitige Erkennen von emotionalen und körperlichen Belastungsgrenzen (Stress- und Überforderungssignale).“***

2.3.5 Qualifikation unzureichend geregelt

Wir warnen vor einem Qualitätsverlust durch „Konzeptneutralität“: Die Sicherung der Zertifikatspflicht und Weiterbildungsqualität muss gewährleistet werden.

Die im Raum stehende Forderung nach einer „Konzeptneutralität“ darf keinesfalls dazu führen, dass die hochspezialisierte Behandlung von ZNS-Erkrankungen strukturell verwässert wird. Es muss vertrags- und richtlinienrechtlich absolut ausgeschlossen werden, dass perspektivisch auch Berufsanfänger ohne spezifische, zertifizierte Weiterbildung oder entsprechende klinische Erfahrung KG-ZNS und KG-ZNS-Kinder anwenden und abrechnen dürfen.

Das vom G-BA betonte Einbeziehen und Anleiten von Bezugspersonen (Sätze 9 und 10) wird von der IVG als integraler Bestandteil der therapeutischen Kette unterstützt. Im Zuge der in den Tragenden Gründen (Kapitel 5.2.1) angekündigten „Weiterentwicklung“ der Weiterbildungsvereinbarungen nach § 125 SGB V fordert die IVG jedoch eine klare qualitative Abgrenzung:

- **Keine strukturelle Gleichsetzung von Coaching und Fachqualifikation:** Die Verankerung der Elternanleitung im Richtlinientext darf im Rahmen

Geschäftsstelle
Internationale Vojta Gesellschaft e.V.
Wellersbergstraße 60
D-57072 Siegen

Telefon 0271/30 38 39-99 ·
Fax 0271/ 30 38 39-98
Internet: www.vojta.com
eMail: info@vojta.com

Eingetragen:
Internationale Vojta Gesellschaft
Vereinsregister Siegen
VR-6016

zukünftiger Zulassungs- und Anerkennungsverfahren neuer Curricula keinesfalls dazu führen, dass rein beratungs-, verhaltens- oder coachingbasierte Interaktionsansätze (wie beispielsweise das in Kapitel 4.5.1 erwähnte COPCA-Konzept) mit einer fundierten neurophysiologischen Fachqualifikation gleichgesetzt werden. Ein reines „Eltern-Coaching“ ersetzt keine entwicklungsneurologische und pathologische Fachausbildung.

- **Priorität der manuellen und neurophysiologischen Behandlungskompetenz:**
  Um die Patientensicherheit bei schweren infantilen ZNS-Schädigungen zu garantieren, muss die sensorische und motorische Befundung sowie die direkte, spezifisch-therapeutische Behandlung der neurofunktionellen Auswirkungen am Patienten das unverzichtbare Fundament der Zertifikatsqualifikation bleiben. Therapeuten müssen primär in der Lage sein, die aus der zentralen Schädigung resultierenden Haltungs- und Bewegungsstörungen des Patienten exakt manuell zu behandeln, bevor eine fachgerechte Anleitung der Bezugspersonen überhaupt zielführend und risikofrei möglich ist. Die Vermittlung von Anleitungskompetenzen darf in zukünftigen Zulassungs-Curricula daher nur *ergänzend* zu den tiefen neurophysiologischen und pathophysiologischen Prüfungsanteilen stehen. Eine Anerkennung von Fortbildungen, die vorwiegend Beratungsstrukturen vermitteln und das neurophysiologische Behandlungshandwerk vernachlässigen, wird im Sinne des Patientenschutzes strikt abgelehnt.

Analog dazu darf die angestrebte Technikoffenheit im Erwachsenenbereich nicht dazu führen, dass hochspezialisierte neurophysiologische Behandlungen durch standardisierte, rein gerätegestützte oder roboterassistierte Trainingsverfahren ersetzt werden. Technisierte Trainingsverfahren können die Behandlung sinnvoll ergänzen, setzen in der Anwendung bei ZNS-Erkrankungen jedoch zwingend ein fundiertes Fachwissen über Neuroanatomie, Pathologien und Phänomene wie z.B. die motorische Fatigue voraus, um Fehlbelastungen zu vermeiden. Die bloße Anwendung von Geräten oder technologischen Systemen

Geschäftsstelle
Internationale Vojta Gesellschaft e.V.
Wellersbergstraße 60
D-57072 Siegen

Telefon 0271/30 38 39-99 ·
Fax 0271/ 30 38 39-98
Internet: www.vojta.com
eMail: info@vojta.com

Eingetragen:
Internationale Vojta Gesellschaft
Vereinsregister Siegen
VR-6016

ist kein Äquivalent für eine neurophysiologische Befundung und gezielte Tonusregulation und Haltungssteuerung. Reine Gerätetherapie ist im Heilmittelkatalog bereits über die Position „Krankengymnastik am Gerät (KGG)“ abgedeckt und darf die qualifizierte KG-ZNS-Therapie nicht verwässern.
Der Maßnahmenkatalog ist keine automatische Qualitätssicherung: Die im Beschlusstext (Ziffer I.3) aufgeführten Punkte und Maßnahmen lesen sich zielführend, stellen die Qualität in der Versorgung jedoch nicht automatisch sicher. Sie sind kein Äquivalent für eine echte Qualitätssicherung.

Die normale Physiotherapie-Ausbildung in Deutschland ist de facto nicht darauf ausgelegt, die hochkomplexen Anforderungen der Sätze 8 und 10 zu erfüllen. Das fundierte Bewerten entwicklungsneurologischer Meilensteine sowie das differenzierte Erkennen und feine Steuern von subtilen Stress- und Überforderungssignalen bei schwerst betroffenen Kindern oder neurologisch erkrankten Erwachsenen erfordern tiefgehendes, spezialisiertes Fachwissen.

Als Garant der Patientensicherheit dient der Erhalt der Zertifikatspositionen: der G-BA fordert zu Recht ein Höchstmaß an Patientensicherheit und Risikoprävention (Satz 7–10). Dazu muss die Weiterbildungsqualität als wichtigsten Garanten gesetzlich und regulatorisch geschützt werden. Für die Durchführung und Abrechnung von Maßnahmen bei ZNS-Erkrankungen muss weiterhin der Nachweis einer abgeschlossenen, zertifizierten Fachweiterbildung (wie Vojta oder Bobath/NDT) zwingend erforderlich bleiben.

Unsere Kernforderung lautet daher: Sollte der G-BA die Richtlinie im Zuge einer Modernisierung „technikoffen“ umbauen, muss gewährleistet sein, dass die **Qualitätssicherungsempfehlungen des G-BA sicherstellen**, **dass eine Verordnung nur zu solchen Heilmittelerbringern leitet, welche entweder für die spezifisch vom Arzt festgelegte Krankengymnastik hinreichend qualifiziert sind oder (bei unspezifischer Verordnung) eine hinreichende Qualifikation besitzen, um über die Auswahl der medizinisch gebotenen Technik entscheiden zu können.**

Geschäftsstelle
Internationale Vojta Gesellschaft e.V.
Wellersbergstraße 60
D-57072 Siegen

Telefon 0271/30 38 39-99 ·
Fax 0271/ 30 38 39-98
Internet: www.vojta.com
eMail: info@vojta.com

Eingetragen:
Internationale Vojta Gesellschaft
Vereinsregister Siegen
VR-6016

Um ein Absinken des Versorgungsniveaus durch rein beratende Konzepte auszuschließen, fordern wir, dass eine Anerkennung neuer Curricula für den Bereich KG-ZNS nur dann erfolgen darf, wenn diese neben der Elternanleitung nachweislich tiefe, eigenständige Prüfungsanteile zu spezifischer Entwicklungsneurologie, Pathologie und Neurophysiologie des zentralen Nervensystems enthalten.

3. Änderungen im Verzeichnis der gebräuchlichen Abkürzungen im Heilmittelkatalog

Die Streichung der Passage „unter Einsatz der neurophysiologischen Techniken nach Bobath, Vojta oder PNF (Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation)“ verwischt die klaren Konturen des Heilmittels und lässt die erforderliche Qualifikation für die verordnenden Ärzte und Therapeuten im Unklaren.

Im Zuge dieser weitreichenden Konzeptöffnung für die Zukunft wirft der vorliegende Entwurf erhebliche regulatorische Fragen auf, die vor einem Inkrafttreten zwingend beantwortet werden müssen:

- Es ist **fraglich**, ob für die in Satz 6 neu vorgesehenen Maßnahmen und die damit einhergehende Konzeptöffnung **eine Methodenbewertung** durch den G-BA **hätte erfolgen müssen**. Es kann nicht **mit Recht behauptet werden, dass auch die dort neu aufgenommenen, allgemeineren krankengymnastischen Trainings- und Mobilisationsmaßnahmen, einer einfachen KG entsprechend, bereits bisher bei ZNS dem Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprach (und nach Heilm-RL erbracht werden konnte).** Sollte der G-BA hier mit dem finalen Beschluss eine Erweiterung des Leistungsumfangs ohne das gesetzlich vorgeschriebene Bewertungsverfahren vornehmen, würde dies den eigenen methodischen Standards des Gremiums widersprechen.

Geschäftsstelle
Internationale Vojta Gesellschaft e.V.
Wellersbergstraße 60
D-57072 Siegen

Telefon 0271/30 38 39-99 ·
Fax 0271/ 30 38 39-98
Internet: www.vojta.com
eMail: info@vojta.com

Eingetragen:
Internationale Vojta Gesellschaft
Vereinsregister Siegen
VR-6016

- Es wird daher zwingend ein formaler und überprüfbarer Nachweis darüber gefordert, wie die Gleichwertigkeit bezüglich Patientensicherheit, Wirksamkeit und Ausbildungsstruktur in Analogie zu den bestehenden, bewährten Curricula (Vojta, Bobath, PNF) im Rahmen der neuen Regelung formal erbracht und dauerhaft überprüft werden soll.

Eine medizinisch sinnvolle ZNS-Richtlinienregelung sollte die etablierte Versorgungsrealität sichern, sowie Risikoprävention und bindungsstärkende Kommunikation als alters- und methodenübergreifenden Standard definieren, anstatt hypothetische Gefahrenszenarien zu fokussieren. Dieser hohe qualitative Anspruch in der Durchführung lässt sich in der Praxis jedoch nur durch den strikten Erhalt der etablierten Zertifikats- und Weiterbildungspflicht sichern. Eine Öffnung der Richtlinie darf unter keinen Umständen zu einem Absinken des Versorgungsniveaus führen.

4. Tragende Gründe - Bezugnahme auf ergänzte Stellungnahme

Wir rügen, dass die im laufenden Verfahren nachgereichten wissenschaftlichen Daten - insbesondere in Bezug auf die Anleitung von Bezugspersonen der Jahre 2025 bis 2026 im Entwurf bislang unberücksichtigt blieben. Während von einzelnen Fachgruppen eingebrachte, negative Erfahrungsberichte (anekdotische Evidenz) ernst genommen werden müssen, widerlegt die empirische Forschung ein vermeintliches Schadenspotenzial der lege artis durchgeführten Vojta-Therapie deutlich.

Der G-BA wird deshalb aufgefordert, diese aktuelle Evidenz einzubinden und den Richtlinientext von hypothetischen Gefahrenszenarien zu befreien. Mit der von uns vorgeschlagenen, methoden- und altersübergreifenden Fokussierung auf prozessbegleitende Risikoprävention und beidseitige Kommunikation wird der partnerschaftlichen Realität moderner ZNS-Therapie gerecht.

Geschäftsstelle
Internationale Vojta Gesellschaft e.V.
Wellersbergstraße 60
D-57072 Siegen

Telefon 0271/30 38 39-99 ·
Fax 0271/ 30 38 39-98
Internet: www.vojta.com
eMail: info@vojta.com

Eingetragen:
Internationale Vojta Gesellschaft
Vereinsregister Siegen
VR-6016

Internationale Vojta Gesellschaft e.V.

Fehlende Belege für Aussagen der Tragenden Gründe: Insgesamt kommt aus der Zusammenfassung für uns nicht lesbar heraus, für welche Argumente die jeweilige darunter genannte Evidenz zum Tragen kommt. Da wir viele der Quellen kennen, scheinen uns mehr Quellen und Evidenz für die positiven Aspekte der Vojta Therapie zu bestehen als für die kritischen oder ablehnenden Ansichten. Dies lässt die Zusammenfassung offen.

Die Rhetorik des G-BA („potentielles Schädigungspotenzial“) hat ohne harten empirischen Beweis zu einer existenziellen Diffamierung einer hochqualifizierten Berufsgruppe geführt. Als Beispiel sind hier auf das Beratungsverfahrung folgende Pressemitteilungen („Vojta vor dem Aus? Kindeswohlgefährdung“), Rückgänge in der Verordnung und damit ein existenzieller Schaden für niedergelassene Vojta-Therapeut:innen sowie ein Rückgang der Weiterbildungsanmeldungen bzw. Rückzug von bereits geplanten Kursen zu nennen. Dies gefährdet nicht unerheblich die Versorgungssituation der Patienten.

Wir vertrauen darauf, dass der Gemeinsame Bundesausschuss die dargelegten Argumente sowie die nachgereichte Evidenz in die finalen Beratungen einbezieht, um eine wissenschaftlich fundierte und qualitativ hochwertige ZNS-Versorgung weiterhin flächendeckend sicherzustellen.

Birgit Jakob
1. Vorsitzende

Barbara Maurer-Burkhard
2. Vorsitzende

Anlage:

1) Änderungsvorschläge für Beschlussentwurf und Tragende Gründe (Anlage 1)
2) Schreiben vom 14. April 2026 (Anlage 2)

Geschäftsstelle
Internationale Vojta Gesellschaft e.V.
Wellersbergstraße 60
D-57072 Siegen

Telefon 0271/30 38 39-99 ·
Fax 0271/ 30 38 39-98
Internet: www.vojta.com
eMail: info@vojta.com

Eingetragen:
Internationale Vojta Gesellschaft
Vereinsregister Siegen
VR-6016

Gemeinsamer Bundesausschuss

Stellungnahme zur Änderung der Heilmittel-Richtlinie: Überprüfung der Regelungen zur Krankengymnastik zur Behandlung von ZNS-Erkrankungen (KG-ZNS und KG-ZNS-Kinder) insbesondere aufgrund von Hinweisen aus der Versorgung

Internationale Vojta Gesellschaft e.V. (IVG)	
30.06.2026	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag zum Beschlussentwurf (BE)	**Begründung**
BE - Satz 6b) Maßnahmen zur Kraft- und Koordinationsförderung und **Reduktion pathologischer Ersatzmuster**	Reine Trainingsansätze greifen bei ZNS-Schädigungen zu kurz. Patienten mit zentralen Läsionen entwickeln kompensatorische Ersatzmuster. Ein primäres Behandlungsziel der KG-ZNS muss die Reduktion und Inhibition dieser pathologischen Muster sein, um die neurophysiologischen Voraussetzungen für eine zielorientierte Bewegungsanbahnung sowie für größtmögliche Aktivität und Teilhabe im Sinne der ICF zu schaffen. *Die ausführliche Erläuterung entnehmen Sie unserer Stellungnahme (StN Heilm-RL_KG ZNS-IVG) unter **2.0 Bestimmung der physiotherapeutischen Maßnahmen – S. 6***
BE - Satz 6d) Maßnahmen **zur Förderung** der posturalen Kontrolle einschließlich automatischer Haltungs- und Gleichgewichtsreaktionen	Es handelt sich dabei um eine redaktionelle und fachliche Präzisierung. Die „posturale Kontrolle“ stellt das therapeutische Ziel dar, welches durch die physiotherapeutische Maßnahme aktiv gefördert werden soll, und ist nicht die Maßnahme selbst.
BE – Satz 7 „Die zur Anwendung kommenden	Die in Satz 7 geforderte fortlaufende Überprüfung der Maßnahmen im Therapieverlauf ist im Sinne der Patientensicherheit sinnvoll. Die praktische

physiotherapeutischen Maßnahmen **werden unter Benennung der dabei einzusetzenden Techniken auf der Verordnung angegeben, soweit eine entsprechende Konkretisierung aus der ärztlichen Diagnose geboten ist**; ~~sowie~~ die Therapieziele sind abhängig vom Therapieverlauf ~~insbesondere im Hinblick auf unerwünschte Wirkungen~~ fortlaufend zu überprüfen und bei Bedarf anzupassen.“	Umsetzung wirft jedoch strukturelle Unklarheiten auf, die im Richtlinientext präzisiert werden müssen. Im Hinblick auf einen ärztlichen Verordnungsvorbehalt und die Vermeidung einer negativen Risikoverzerrung schlagen wir diese Änderung vor. *Die ausführliche Erläuterung entnehmen Sie unserer Stellungnahme (StN Heilm-RL_KG ZNS-IVG) unter* ***2.3.1 Fortlaufende Überprüfungs- und Anpassungspflicht – S. 7***
BE - Satz 8 **„Die Therapeutin oder der Therapeut** hat bei der Behandlung entwicklungsabhängige Funktionen, alters- und lebensweltbezogene Anforderungen sowie die daraus resultierenden relevanten **strukturellen Risiken und funktionellen Belastungsgrenzen zu berücksichtigen und die therapeutischen Maßnahmen bei Bedarf prozessbegleitend anzupassen.“**	Der Ausdruck „daraus resultierenden relevanten Risiken“ enthält keinen eindeutigen Bezugspunkt. Es bleibt unklar, ob sich „daraus“ auf die entwicklungsabhängigen Funktionen, die alters- und lebensweltbezogenen Anforderungen oder auf die zuvor genannten Schädigungen des Zentralen Nervensystems bezieht. Die vom G-BA gewählte Zusammenlegung von KG-ZNS und KG-ZNS-Kinder in eine gemeinsame Leistungsziffer erfordert zwingend eine alters- und konzeptübergreifende Regelung. Die im Entwurf genannten psychosozialen Risiken betreffen in ähnlicher Weise erwachsene Patienten mit schweren kognitiven, kommunikativen oder geistigen Beeinträchtigungen (z. B. nach Schlaganfall oder anderen schweren Schädigungen im Erwachsenenalter) sowie deren pflegerisches Umfeld. Der Begriff, funktionelle

	Belastungsgrenzen‘ mit der Pflicht zur ‚prozessbegleitenden Anpassung‘ sichert die Therapiesicherheit und Versorgungsqualität über die gesamte Lebensspanne der Patienten rechtssicher ab.
BE - Satz 10 „Insbesondere bei KG-ZNS-Kindern bedarf es einer praktischen Anleitung **der Bezugspersonen. Um die Patientensicherheit zu garantieren, beinhaltet diese Anleitung sowohl die Förderung einer bindungsstärkenden Kommunikation als auch das rechtzeitige Erkennen von emotionalen und körperlichen Belastungsgrenzen (Stress- und Überforderungssignale)“**	Ein umsichtiges, risikopräventives Vorgehen sowie das Achten auf individuelle Belastungsgrenzen müssen ein inhärenter, allgemeingültiger Qualitätsstandard aller neurophysiologischen Methoden sein – völlig unabhängig von der Methode, dem Alter oder der Art der Behinderung. Um dies jedoch ohne übermäßigen bürokratischen Mehraufwand, Vorabverdächtigungen oder Haftungsrisiken umzusetzen, bedarf es einer sachlichen, ressourcenorientierten Sprache und einer Einbindung in ein strukturiertes Qualitätssicherungsverfahren. Die im Entwurf (in S. 10) implizierte, weitreichende Beobachtungspflicht hinsichtlich „unerwünschter Wirkungen“ sowie „Stressreaktionen oder Beziehungsstörungen“ lässt sich in dieser Form nicht aus der wissenschaftlichen Evidenz ableiten. Wie der G-BA in seinen Tragenden Gründen folgerichtig festhält, existiert kein empirischer Beleg für strukturelle Schädigungen oder negative Effekte durch neurophysiologische Therapieverfahren. Auf Seite 15 (Kapitel 4.4.3) wird sogar explizit eingeräumt, dass für die postulierten Spätfolgen (wie Bindungsunsicherheit) „empirische Belege hierfür fehlten“ und diese lediglich auf „entwicklungspsychologischen Theorien“ basieren. Psychologische Phänomene wie „Beziehungsstörungen“ sind ohne standardisierte psychotherapeutische Tools im Heilmittelalltag

	weder objektivierbar noch rechtssicher zu dokumentieren. Eine solche „Verdachtsregulierung“ schürt unbegründete Ängste bei Familien. Um eine defizitorientierte Sprache („Gefährdungsszenarien“) zu vermeiden und die Aufmerksamkeit auf das gewünschte Verhalten bzw. das angestrebte Ziel (Patientensicherheit) statt auf Fehler, Risiken oder Defizite zu richten, empfehlen wir eine Änderung in S. 10. Dies würde unbegründete Ängste bei den Familien vermeiden und die Therapietreue fördern.
Stellungnahme / Änderungsvorschlag zu den Tragenden Gründen (TG)	**Begründung**
TG – 4.1.1 „[…]dass die Vojta-Therapie auf der sogenannten Reflexlokomotion und somit der Auslösung von **koordinierten Haltungs- und Bewegungskomplexen** durch prolongierte Stimulation von **Auslösezonen** basiert.“	Der Begriff „tonische Muskelkontraktion“ (oder Kontraktur) beschreibt ein statisches Verkrampfen. Das Vojta-Prinzip löst jedoch ein dynamisches, koordiniertes Gesamtzugangsmuster aus, das sich in quantitativer und qualitativer Hinsicht der physiologischen Alltagsmotorik annähert. Auch der Begriff „Druckpunkte“ ist unpräzise und wird durch den fachlich korrekten Terminus „Auslösezonen“ ersetzt.
TG – 4.1.1 **„Anhaltende manuelle Druckstimulationen in präzis definierten Ausgangspositionen (somatosensorisch-**	Reine Oberflächenreize der Haut sind neurologisch *nicht* propriozeptiv. Propriozeption bezeichnet die Tiefensensibilität aus Gelenken und Muskelspindeln. Die Methode nutzt den peripheren Druck *innerhalb* einer gezielten Gelenkvorspannung (*Hok et al.*). Zudem steht die

propriozeptive Koppelung) beeinflussen **supraspinale Netzwerke** und dadurch die Anpassung der Bewegungsmuster.“	menschliche Motorik unter dominanter supraspinaler Kontrolle (s. auch Originaltext DGN) und wird nicht rein segmental über spinale CPGs gesteuert.
TG – 4.1.1 **„**[…] reflexphysiologischen Ansatz beruht. **Demgegenüber verweisen andere Stellungnahmen (u. a. die DGN) auf neuere fMRT-Evidenz (Hok et al., 2017), die am Menschen eine signifikante Aktivierungssteigerung in der pontomedullären Formatio reticularis (PMRF) und im Kleinhirn als supraspinales Korrelat der Haltungskontrolle nachweist.**“	Ergänzung der von der DGN eingebrachten fMRT-Evidenz, um die neurobiologische Erklärbarkeit der posturalen Kontrolle im Text wissenschaftlich neutral auszubalancieren.
TG – 4.1.1 **„**Darüber hinaus seien die therapeutischen Effekte über die hohe Therapieintensität zu begründen. **Diese hohe Therapiefrequenz stellt zwar einen anerkannten neurorehabilitativen Wirkfaktor dar, begründet die Effekte jedoch nicht exklusiv. Demgegenüber**	Die mit den Fragebögen eingereichte Literatur beinhaltet zahlreiche klinische Soforteffekte nach einer einzigen Interventionssitzung (u. a. Czajkowska et al., 2019; Lopez et al., 2021; Perales-López et al., 2024; Qian et al., 2025). Da signifikante Verbesserungen der posturalen Kontrolle, der Gangparameter und der Muskelaktivität unmittelbar nach einer einmaligen Applikation auftreten, ist dies der empirische Nachweis einer spezifischen Neuromodulation, die unabhängig von kumulativen Frequenzeffekten wirkt.

verweist die Evidenzlage auf nachgewiesene neurophysiologische und funktionelle Soforteffekte nach einer einzigen Interventionssitzung.“	
TG – 4.1.1 **„**[…] Es besteht das Risiko der Überforderung, Affektdesintegration und Irritation der frühen Objektbeziehungserfahrung. **Diesen hypothetischen Risiken einer Bindungsirritation widersprechen die in der Evidenzlage angeführten kontrollierten Bindungsstudien (u. a. San-Martín-Gómez et al., 2026a, 2026b). Diese belegen empirisch, dass das strukturierte, supervisionierte Eltern-Coaching im Rahmen der Vojta-Therapie die Bindungsqualität schützt sowie die elterliche Kompetenz stärkt.“**	Die Studien (San-Martín-Gómez et al., 2026a, 2026b) wurden bislang nicht berücksichtigt. Die Elternanleitung nach aktuellen Ausbildungsstandard der IVG vermitteln eine adäquate Affektspiegelung als entscheidenden Faktor in der Therapiedurchführung und Elternanleitung. Die Vojta-Therpeut:innen werden explizit geschult in empathische Resonanz zu gehen, zu motivieren und situativ passend zu loben und nicht über das Kind hinweg zu handeln.
TG – 4.1.2 „Während vereinzelte Stellungnahmen eine	Das Wort „**mehrheitlich“** ist nachweislich falsch (siehe VIFF-Stellungnahme). Zudem vermischt es das stabile *Wirkprinzip* mit einem *Konzept.*

mangelnde Modifikation kritisieren, betonen andere Fachverbände wie die VIFF Bundesvereinigung ausdrücklich, dass in der Vojta-Therapie der Belastbarkeit sowie der Integration neuer Forschungsergebnisse und der Beziehungsqualität zu den Hauptbezugspersonen besondere Aufmerksamkeit und Beachtung geschenkt wird. Die Kernidee der Vojta-Therapie […] bleibt unverändert als Grundlage bestehen“	Ein grundlegendes Verständnisproblem ergibt sich aus der Verwendung des Begriffs „Konzept“. Es handelt sich aber um das „Vojta-Prinzip“, da Diagnostik und Therapie auf neurophysiologischen Grundprinzipien basieren, die unverändert Bestand haben. Die praktische Umsetzung wird jedoch kontinuierlich an individuelle Bedürfnisse sowie aktuelle wissenschaftliche und klinische Erkenntnisse angepasst. Die zeitlose Gültigkeit grundlegender Prinzipien steht dabei nicht im Widerspruch zu deren Weiterentwicklung in der Anwendung.
TG – 4.1.2 „Während von einer Stellungnahme darauf hingewiesen wird, dass das Paradigma einer strikt hierarchisch chronologischen kindlichen Entwicklung nach wissenschaftlichen Erkenntnissen heute nicht mehr haltbar sei, wird demgegenüber von der Fachgesellschaft (IVG) klargestellt, dass die idealmotorische Ontogenese im Vojta-Konzept von jeher nicht als starres chronologisches Dogma, sondern als qualitatives Referenzsystem (Assessment)	Die Beschreibung der idealmotorischen Ontogenese ist nicht als starres, chronologisches Schema zu verstehen, sondern als wissenschaftlich begründete, neurophysiologische ‚Messlatte‘ (Referenzsystem) zur Beurteilung des motorischen Status. Moderne neurophysiologische Befunde (u. a. Sanz-Esteban et al.) zeigen, dass die Vojta-Therapie das gesamte motorische System von der subkortikalen Planung bis zur kortikalen Ausführung simultan anspricht. Die durch die Reflexlokomotion gebahnte motorische Basisstabilität wird in der klinischen Praxis unmittelbar in funktionelle Aktivitäten überführt. Die Vojta-Therapie agiert dabei im Einklang mit den Prinzipien der ICF-CY, indem die neurophysiologische Bahnung (Körperfunktion) gezielt zur Erreichung individueller, alltagsrelevanter Teilhabeziele (Aktivität und

zur Beurteilung des aktuellen neurophysiologischen Status definiert ist. In der modernen klinischen Praxis wird dieses durch standardisierte quantitative Testverfahren ergänzt.“	Teilhabe) genutzt und im Sinne des *Goal-Directed Training* dynamisch evaluiert wird. Dabei dient die idealmotorische Ontogenese als qualitatives Assessment und wird durch standartisierte quantitative Assessments und Tests ergänzt, wie auch aus den Fallstudien ersichtlich ist.
TG – 4.1.2 „Einige Experten betonen, dass neue wissenschaftliche Erkenntnisse im Rahmen der Vojta-Therapie **fortlaufend Berücksichtigung finden**.“ „Grundsätzlich wird **von Kritikern auf den Diskussionsbedarf hinsichtlich des exakten** Wirkmechanismus verwiesen, **während die befürwortenden Stellungnahmen auf die vorliegenden neurophysiologischen und bildgebenden Belege verweisen.“**	Die im Entwurf vorgenommene Verallgemeinerung („weitgehend kaum Berücksichtigung“, „keine wissenschaftlichen Belege“) verzerrt den tatsächlichen wissenschaftlichen Diskurs im Beratungsverfahren und ignoriert die eingereichte Evidenz. Die vorgeschlagene Änderung ist zwingend erforderlich, um den Text der Tragenden Gründe wissenschaftlich neutral auszubalancieren, anstatt die unbewiesene Mindermeinung einzelner Akteure als unumstößliche Tatsache darzustellen.
TG – 4.2.1 „Es wird zudem angeführt, dass sich die Indikationen **zum größten Teil auf praktische Erfahrungswerte beziehen und weitere wissenschaftliche Nachweise als sinnvoll und notwendig erachtet werden.“**	In keiner Stellungnahme wird eine einzige Studie/Arbeit genannt, die die Vojta als nicht geeignet sieht. DGNR sieht die Studienlage als nicht ausreichend an. Der Übertrag vom Kind auf die Erwachsenenbehandlung ist sehr wässrig von der DGNR formuliert. Alle anderen Fachexperten benennen Indikationen, sogar mehr als nur Schädigungen

	im ZNS. (neuroorthopädische Erkrankungen) Diese Umformulierung unterstützt positiv die Notwendigkeit zukünftiger wissenschaftlicher Studien für alle Therapieverfahren. Gleichzeitig wird damit klargestellt, dass zurzeit die wissenschaftlichen Erkenntnisse nicht ausreichen.
TG – 4.2.1 „Aus den Antworten lässt sich vereinzelt **ableiten**, dass die Eignung der Vojta-Therapie **für bestimmte Indikationen unterschiedlich beurteilt** wird.“	Die Formulierung im Entwurf verzerrt das Abstimmungsverhältnis im Beratungsverfahren. Während eine Minderheit (DGNR) die Studienlage isoliert für den Erwachsenenbereich als defizitär bewertet, benennt die überwiegende Mehrheit der befragten Fachexperten und Verbände klare, evidenzbasierte Indikationen, die weit über rein zerebrale Schädigungen hinausgehen (u. a. neuroorthopädische Erkrankungen, periphere Läsionen). Ein pauschaler Ausschluss oder eine „kritische Betrachtung“ von Indikationen widerspricht dem anerkannten Stand der klinischen Praxis. Die vorgeschlagene Formulierung stellt sicher, dass der Richtlinientext den realen fachlichen Konsens widerspiegelt und den Bedarf an kontinuierlicher Begleitforschung (analog zu allen anderen neurophysiologischen Verfahren) sachlich einordnet, ohne bestehende Indikationen ungerechtfertigt zu diskreditieren.
TG – 4.2.2 „Die Anwendung physiotherapeutischer Maßnahmen soll im Erwachsenenbereich bei akuten Entzündungen sowie akuten Traumata unter	Akute Schädigungen des zentralen oder peripheren Nervensystems stellen nach klinischem Konsens und der Mehrzahl der neurologischen Leitlinien eine Indikation (Frührehabilitation) und keine Kontraindikation für neurophysiologische Therapieverfahren dar. Die zitierte Aussage entbehrt einer

besonderer Berücksichtigung der individuellen klinischen Situation stattfinden. Somatische Kontraindikationen müssen wie bei allen therapeutischen Maßnahmen berücksichtigt werden.“	wissenschaftlichen Grundlage und widerspricht der publizierten Studienlage sowie dokumentierten Fallberichten. Stellungnahmen von Verbänden, die definitionsgemäß keine Expertise im Erwachsenenbereich aufweisen (z. B. VIFF), können nicht als regulatorische Grundlage für den Erwachsenenbereich herangezogen werden. Allgemeine somatische Kontraindikationen (z. B. akute Entzündungsphasen, instabile Frakturen) gelten definitionsgemäß für *alle* physiotherapeutischen Heilmittel und sind bereits im allgemeinen Teil der Richtlinie ausreichend abgebildet. Eine isolierte, redundante Nennung spezifisch bei der Vojta-Therapie führt zu regulatorischen Missverständnissen und einer ungerechtfertigten Einschränkung der therapeutischen Flexibilität im Einzelfall.
TG – 4.2.2 „Zudem werden ein **ausgeprägter** Widerstand des Kindes, psychische Erkrankungen der Bezugsperson, eine belastete Eltern-Kind-Beziehung sowie der Verdacht auf Kindesmisshandlung als **wichtige Aspekte beschrieben, die in der Entscheidungsfindung, welche Therapie angewandt wird, sorgfältig berücksichtigt werden**	Das gilt grundsätzlich für alle Therapien und es gibt keine Evidenz, die etwas dazu in Bezug auf die Vojta-Therapie konkretisiert.

sollten. Eine eingeschränkte Compliance oder fehlende Unterstützung durch die Bezugsperson kann dabei **als relative Kontraindikation** eingeordnet werden.“	
TG – 4.2.2 „Vereinzelt werden Tumorerkrankungen als Kontraindikation genannt. Dem widerspricht die Stellungnahme der Sektion Pädiatrische Onkologie der Tschechischen Gesellschaft für Onkologie vom 3.12.2019: „Die Vojta-Therapie halten wir für sehr gut einsetzbar bei allen Tumortypen einschließlich Leukämie, und zwar in allen Phasen der onkologischen Behandlung.“	Siehe nachgereichte Stellungnahme der IVG vom April 2026 (Anlage 2), Stellungnahme der Sektion Pädiatrische Onkologie der Tschechischen Gesellschaft für Onkologie vom 3.12.2019 und Publikation von Jevic et al (2023).
TG – 4.3.1 „Eine abweichende Einzelmeinung sah die Erforderlichkeit der Bestandteile aufgrund einer subjektiv angenommenen Evidenzlücke als nicht gegeben an.“	Die vorgeschlagene Änderung dient der präzisen und sachgerechten Abbildung des im Stellungnahmeverfahren abgegebenen Meinungsbildes. Die ursprüngliche Formulierung gewichtet eine singuläre Mindermeinung überproportional und stellt eine subjektive Einzelbewertung als allgemeingültigen Sachverhalt dar. Um eine Verzerrung in den Tragenden Gründen zu vermeiden und dem tatsächlichen Konsens der wissenschaftlichen Fachgesellschaften Rechnung zu tragen, ist eine präzise Qualifizierung dieser Position als abweichende Einzelmeinung methodisch geboten.

Internationale Vojta Gesellschaft e.V. (IVG)	
30.06.2026	
TG – 4.3.1 Zu berücksichtigen sei jedoch, dass die Rolle der Eltern als Anleitungsempfänger **im Diskurs vereinzelt** als emotional fordernd angesehen wird. **Demgegenüber betonen befürwortende Stellungnahmen unter Verweis auf qualitative Studien (u. a. San-Martín-Gómez et al., 2026a, 2026b), dass die strukturierte häusliche Anwendung die Bindung nachweislich schützt, die elterliche Selbstwirksamkeit stärkt („Empowerment“) und durch die professionelle therapeutische Begleitung (Supervision) psychosozial sicher abgefedert wird.**	Welche Evidenz liegt zu dieser Aussage vor? Die fehlende Evidenz wird an anderen Punkten (bei positiven Aspekten der Vojta Therapie) ständig aufgeworfen und kritisiert. Bisher nicht berücksichtige Studien belegen, dass Eltern die Therapie zwar als fordernd, aber durchweg positiv bilanzieren. Die aktive Teilhabe am Behandlungserfolg fördert das elterliche Empowerment und stärkt die Bindung, anstatt sie zu beschädigen. Aus der nachgereichten Stellungnahme vom April 2026 geht zudem hervor, dass die regelmäßige Supervision in der Praxis sicherstellt, dass Eltern eben nicht mit Ängsten allein gelassen werden, sondern eine kontinuierliche fachliche und emotionale Rückbindung erfahren. Dies sichert die Adhärenz und schützt das familiäre Gefüge.
TG - 4.3.3 Im Diskurs wurde hinterfragt, inwiefern die Vojta-Therapie grundsätzlich durch Bezugspersonen durchgeführt werden sollte, da sie aus deren Sicht den Grundsätzen einer familienorientierten Förderung widersprächen. Demgegenüber betonen die	Die geäußerte Kritik ist wissenschaftlich widerlegt und entspricht nicht dem aktuellen Stand der Neurorehabilitation: Familiäres Empowerment: Aktuelle kontrollierte Studien (u. a. San-Martín-Gómez et al., 2026a, 2026b) belegen, dass die strukturierte elterliche Anleitung die Bewältigungskompetenz und Selbstwirksamkeit der Familie im Alltag nachweislich stärkt, statt ihr zu widersprechen.

Internationale Vojta Gesellschaft e.V. (IVG)	
30.06.2026	
Fachgesellschaft (IVG) sowie neuere qualitative und kontrollierte Studien (u. a. San-Martín-Gómez et al., 2026a, 2026b; Martínez-Fuentes, 2011), dass die moderne Vojta-Therapie die Prinzipien der familienzentrierten Förderung vollumfänglich erfüllt. Durch das strukturierte Eltern-Coaching wird die partnerschaftliche Kompetenz und Selbstwirksamkeit der Familie gestärkt („Empowerment“), während die Eltern-Kind-Bindung aktiv geschützt und nachweislich nicht beeinträchtigt wird.	Nachgewiesener Bindungsschutz: Empirische Bindungsstudien (insb. Martínez-Fuentes et al., 2011) entkräften die Sorge vor einer Beziehungsbeeinträchtigung. Mittels standardisierter Testverfahren wurde nachgewiesen, dass die Bindungsqualität (Apego-Sicherheit) in der Vojta-Gruppe vollkommen deckungsgleich mit Kontrollgruppen ist. Der Richtlinientext darf sich nicht auf hypothetische Bedenken stützen, sondern muss diese positive Evidenz korrekt abbilden.
TG 4.3.4 „Die Durchführung von Schulungen der Bezugspersonen wurde von den Befragten für Säuglinge/Kinder und Erwachsene insgesamt als strukturiert geschildert und sind Bestandteil des Weiterbildungscurriculums[...] “ „Dem im selben Absatz beschriebenen Konsens, dass eine Aufklärung über Fehlerquellen und	Die selektive Hervorhebung einer nachweislich falschen Einzelmeldung im Entwurfstext verstößt gegen das Gebot der sachlichen und repräsentativen Zusammenfassung des Beratungsverfahrens. Dem im selben Absatz beschriebenen, breiten Konsens der Fachwelt – wonach eine strukturierte Aufklärung über Fehlerquellen und Überlastungszeichen obligater Bestandteil des Curriculums ist – wird hier eine singuläre, unbegründete Behauptung asymmetrisch gegenübergestellt.

Überlastungszeichen regelhaft stattfindet, widersprach eine einzelne Rückmeldung, nach der keine Aufklärung über Risiken, Abbruchzeichen oder unerwünschte Folgen stattfinden würde.“	
TG - 4.4.2 „[…] dokumentiert werden, **wobei von anderer Seite darauf verwiesen wird, dass für solche Schädigungen keine wissenschaftlichen Belege existieren und aktuelle Bindungsstudien diese Befürchtungen entkräften.“**	Die vorgeschlagene Textänderung dient der Vollständigkeit und der methodischen Korrektheit des Verfahrens. Da die mit der ergänzenden Stellungnahme vorgelegten neueren Studien zur Bindungsforschung bislang keinen Eingang in die Formulierung der Tragenden Gründe gefunden haben, entsteht ein unvollständiges und verzerrtes Bild der Evidenzlage. Die Aufnahme der Gegenposition ist verfahrensrechtlich geboten, um das im Stellungnahmeverfahren dargebrachte Erkenntnismaterial sachgerecht zu würdigen.
TG - 4.4.2 „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, wobei die nachgewiesene Regulierung dieser Werte innerhalb von 20 Minuten (Kiebzak et al., 2021) der Annahme einer	Die Verwendung hochgradig suggestiver und psychologisierender Begriffe wie „situative Traumatisierung“ entbehrt einer wissenschaftlichen und empirischen Grundlage. Zudem verzerrt die isolierte Erwähnung einer Cortisol-Ausschüttung den medizinischen Sachstand. Die prospektive Untersuchung von Kiebzak et al. (2021) belegt empirisch, dass der Cortisolspiegel bereits 20 Minuten nach Beendigung der Reflexlokomotion bei allen Probanden vollständig in den physiologischen Normbereich absinkt. Es handelt sich somit nachweislich um eine zeitlich begrenzte, physiologische Aktivierungsreaktion

Traumatisierung widerspricht, da es sich um einen transienten, physiologischen Eustress handelt.“	des Organismus (Eustress analog zu sportlicher oder körperlicher Anstrengung) und explizit nicht um eine pathologische, chronische oder dauerhaft schädigende Stressbelastung. Die vorgeschlagene Änderung führt die Diskussion auf eine objektive, neurophysiologische Ebene zurück.
TG - 4.4.2 „Die Frage eines möglichen Schädigungspotenzials bei der Anwendung durch Bezugspersonen bei Säuglingen und Kindern konnte über die Fachliteratur nicht nachgewiesen werden. Diskutiert werden vielmehr mögliche Auswirkungen auf die Eltern-Kind-Interaktion sowie eine erhöhte Beanspruchung des familiären Systems.“	Die Fachliteratur zeigt kein physisches Schädigungspotenzial. Die im Diskurs genannten Sorgen zur Eltern-Kind-Interaktion und zum Stress sind empirisch entkräftet. Kontrollierte Studien belegen eine rasche hormonelle Normalisierung (Cortisol-Abfall nach 20 Min.; Kiebzak et al., 2021) und den Erhalt einer sicheren Bindungsqualität (Martínez-Fuentes et al., 2011; San-Martín-Gómez et al., 2026). Die Beanspruchung des Familiensystems wird durch die qualifizierte therapeutische Anleitung und Begleitung im Alltag nachweislich aufgefangen.
TG - 4.4.3 „Ein Risiko für körperliche Schädigungen oder Spätfolgen wurde bei korrekter Durchführung und	Der Entwurf transportiert rein theoretische und spekulative Annahmen zu psychischen Spätfolgen. Die vorgeschlagene Änderung korrigiert dies, indem sie die im Diskurs geäußerten Sorgen direkt der tatsächlichen, positiven Studienlage

unter Berücksichtigung von Kontraindikationen als nicht erhöht eingeschätzt. Der kausale Nachweis von Spätfolgen wird grundsätzlich als schwierig erachtet.“	(Martínez-Fuentes, 2011; San-Martín-Gómez, 2026) gegenüberstellt, welche eine Bindungsstörung empirisch ausschließt. Das Risiko von Belastungen im häuslichen Umfeld wird im Richtlinientext richtigerweise als ein Steuerungsproblem der Durchführungsqualität (Anpassung und therapeutische Begleitung) eingeordnet, nicht als inhärentes Risiko der Methode selbst.
„Als mögliche Spätfolgen, die bei der Anwendung der Vojta-Therapie durch Physiotherapeutinnen und -therapeuten auftreten könnten, wurde **im Diskurs** 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. **Langzeitfolgen, insbesondere auf**	.

emotionale Entwicklung und Eltern-Kind-Bindung, seien bislang nicht systematisch erforscht oder in geeigneten Studien untersucht worden. Erste vorliegende kontrollierte und qualitative Untersuchungen (u. a. Martínez-Fuentes et al., 2011; San-Martín-Gómez et al., 2026a, 2026b), zeigen keine Bindungsbeeinträchtigung, langfristige Untersuchungen oder Follow-Ups sollten dies weiter evaluieren." „Bei Anwendung durch Bezugspersonen wurde bei der Umsetzung der Vojta-Therapie im häuslichen Umfeld **vereinzelt** auf ein **theoretisches** 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 **als hypothetische Risiken** genannt. Hingegen wurde **mehrheitlich** angeführt, dass bei korrekter **(*lege artis*)** Durchführung der Vojta-Therapie und **einer engen, supervisionierten** Anpassung an die Ausgangssituation der Familien kein Risiko für Spätfolgen bestünde.“	
TG – 4.4.4 „Hinsichtlich psychischer Belastungen oder direkter Stressreaktionen bei Säuglingen und Kindern wurden **in einem Teil der Stellungnahmen** Stressreaktionen wie beispielsweise Schreien, Weinen **(welches von anderer Seite unter Verweis auf vorliegende Cortisolstudien als physiologische Anstrengungsreaktion eingeordnet wird)**, vegetative Reaktionen oder motorischer Widerstand benannt. Dem werde **nach herrschender Expertenmeinung** durch die individuelle Anpassung von Therapie und Reizintensität	Das emotionale Vokabular des Entwurfs („untröstliches Schreien“, „Rückzug und Erstarrung“) wird auf eine sachliche, kinesiologische Ebene zurückgeführt. Die physiologische Erregung wird durch die objektive Cortisolstudien (u. a. Kiebzak et al., 2021) gestützt, die eine rasche hormonelle Normalisierung nach Therapieende belegen. Einzelmeinungen oder unbewiesene Hypothesen („Traumatisierung, Bindungsstörung“) dürfen nicht als allgemeiner, wissenschaftlicher Konsens im Richtlinientext verstanden werden. Die Belastungspotenziale der Bezugspersonen werden im Entwurf isoliert und defizitär dargestellt. Die Änderung rückt die Realität der Versorgungsstruktur in den Vordergrund: Das immanente System aus obligatorischer Anleitung, fortlaufendem Eltern-Coaching und regelmäßiger Supervision fängt diese initialen Verunsicherungen in der Praxis nachweislich und effektiv auf.

sowie durch Pausen und Zuneigung regelhaft entgegengewirkt. „ „Als mögliche psychische Belastungen oder direkte […] Bezugspersonen könnten **initial** verunsichert oder mit der Umsetzung der Therapie überfordert sein. Es wäre auch denkbar, dass ein ausbleibender Therapieerfolg Schuldgefühle verursache." „Des Weiteren wurden **in einzelnen Antworten hypothetische Risiken für** Traumatisierung, Bindungsstörung, Schuldgefühle sowie Hilflosigkeit als mögliche psychische Belastungen benannt. Nach vereinzelten Einschätzungen könne psychischer Druck durch die Notwendigkeit einer sorgfältigen Durchführung und die Übernahme von Verantwortung entstehen. Dem psychischen Belastungspotential der Bezugspersonen werde jedoch durch die obligatorische therapeutische Aufklärung, das begleitende Eltern-Coaching sowie die regelmäßige Supervision	

<table>
<tr><td colspan="2">Internationale Vojta Gesellschaft e.V. (IVG)</td></tr>
<tr><td colspan="2">30.06.2026</td></tr>
<tr><td>effektiv entgegengewirkt.“</td><td></td></tr>
<tr><td>TG – 4.4.5
„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. Demgegenüber verweisen andere Stellungnehmende darauf, dass mittlerweile spezifische qualitative und kontrollierte Untersuchungen zur Vojta-Therapie vorliegen (u. a. Martínez-Fuentes et al., 2011; Kiebzak et al., 2021; San-Martín-Gómez et al., 2026a, 2026b). Diese liefern erste wissenschaftliche Hinweise, welche die geäußerten Bedenken hinsichtlich einer pathologischen Stressbelastung oder einer Gefährdung der Bindungsqualität entkräften, wobei eine methodische Vertiefung dieser Begleitforschung für die Zukunft befürwortet wird.“</td><td>Diese Umformulierung unterstützt positiv die Notwendigkeit zukünftiger wissenschaftlicher Studien für alle Therapieverfahren. Gleichzeitig wird damit klargestellt, dass zurzeit die wissenschaftlichen Erkenntnisse nicht ausreichen für Behauptungen und den theoretischen Bedenken die real existierende empirische Studienlage gegenübergestellt.</td></tr>
<tr><td>TG – 4.5.2</td><td>Falsche Interpretation der Aussage, „dass</td></tr>
</table>

„[…] spielt dieser Lernmechanismus in der Vojta-Therapie keine Rolle **auf dieser Ebene. Die Reflexlokomotion setzt stattdessen auf einer unwillkürlichen, subkortikalen Ebene (neurophysiologische Bahnung) an, deren Effekte im Anschluss direkt durch spontanmotorische, alltagsbezogene Aktivitäten angesprochen werden.** […] Weitere Unterschiede liegen in der Aufgabenorientierung sowie der **Art und Weise, wie die** Rolle der Motivation **genutzt wird**. Während bei Bobath direkt auf die Förderung von Selbstständigkeit und Alltagshandlungen abgezielt wird, **fungiert die neurophysiologische Bahnung der Vojta-Therapie als notwendige funktionelle Basis für ebendiese alltagsbezogenen Zielstellungen**. Dies spiegelt sich in der Annahme wider, dass **elementare** Bewegungsmuster unabhängig vom inneren Antrieb **und ohne**	Patienten auch behandelt werden können, wenn sie keine Willkürmotorik zur Verfügung haben oder in einem nicht kommunikativen Zustand sind, das ist ein Vorteil der Vojta Therapie, bedeutet aber nicht, dass auf alltagsbezogene Zielstellungen und die Rolle der Motivation verzichtet wird. Gerade über das Auslösen von gezielter phasischen und aufrichtenden Aktivitäten zeigt sich die Alttagsbezogenheit und motiviert den Patienten die erreichten verbesserte Bewegungsmuster anzuwenden. Dieser Teil („die Autonomie der Patienten berücksichtigt und die individuelle Entwicklungsvariabilität einbezogen wird“,) unterscheidet sich nicht und ist daher zu streichen: die therapeutische Zielsetzung berücksichtigt genau das auch im Rahmen der Vojta-Therapie. s. Studien bei GMFCS IV und V Patienten und Stroke (Sanz-Mengibar et al. (2021) & Ha / Sung (2018, 2022, 2024), Epple (2020)

vorhandene Willkürmotorik ausgelöst werden können, um dem Patienten im Anschluss die koordinierte Bewältigung seiner Alltagskompetenzen zu ermöglichen. **Insbesondere bei schwersten neurologischen Schädigungen ist dies ein Vorteil.“**	
TG – 4.5.3 „Reduktion von Praxisbesuchen durch die Einbeziehung von Bezugspersonen und somit Verabfolgung höherer Therapiedosen; durch standardisierten Reizsetzungen **sind die Fehlerquellen sehr gering**. **Zur kontinuierlichen Qualitätssicherung, für die fachgerechte therapeutische Begleitung und Anleitung der Bezugspersonen sowie für die fortlaufende Anpassung der Therapie an die Entwicklung und Fortschritte des Patienten sind regelmäßige Praxisbesuche erforderlich.“**	Wir begrüßen, dass die Reduktion der Praxisbesuche vorteilhaft gesehen wird, aber natürlich wird die Durchführung der Therapie regelmäßig begleitet, kontrolliert und an die individuelle Situation (Kind/Eltern/häusliches Umfeld) angepasst. Da ZNS-Erkrankungen und kindliche Entwicklungsphasen von stetigen Veränderungen geprägt sind, ist die kontinuierliche kinesiologische Anpassung der therapeutischen Reize an die Fortschritte des Patienten durch Fachpersonal zwingend erforderlich. Die regelmäßigen Praxisbesuche dienen als obligatorisches Kontroll- und Anpassungsinstrument, um die Behandlungsqualität dauerhaft zu sichern.
TG - 5.2.1	Technikoffenheit darf nicht zu einer Verwässerung

Internationale Vojta Gesellschaft e.V. (IVG)	
30.06.2026	
„Die in Satz 1 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). **Ungeachtet der Technikoffenheit sind jedoch verbindliche Mindeststandards für die Qualifikation der Anwenderinnen und Anwender, insbesondere zu Umfang und Inhalt der Weiterbildung, festzulegen.** 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	des Behandlungsniveaus bei hochkomplexen ZNS-Erkrankungen führen. Um den Patientenschutz und den Therapieerfolg zu sichern, ist die Kopplung an verbindliche, zertifizierte Mindestqualifikationen der Anwender zwingend erforderlich. Die Hinzuziehung fachgesellschaftlicher Empfehlungen für weitere Indikationen stellt sicher, dass die Richtlinie dynamisch bleibt, den aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse abbildet und Patienten bedarfsgerecht erreicht.

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. **Darüber hinaus sollte geprüft werden, ob weitere von den Fachgesellschaften empfohlene Indikationen für eine Behandlung KG ZNS berücksichtigt werden können.“**	
TG – 5.2.1 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	Bei der Behandlung komplexer ZNS-Erkrankungen ist die engmaschige Abstimmung zwischen der verordnenden Ärzteschaft und den ausführenden Therapeuten unerlässlich. Die Ergänzung stellt klar, dass Anpassungen nicht isoliert stattfinden, sondern die rechtlich und medizinisch notwendige interprofessionelle Kommunikation und Absprache widerspiegeln. Durch die Verankerung der gegenseitigen Absprache im Richtlinientext wird gewährleistet, dass unerwünschte Wirkungen oder funktionelle

im Hinblick auf unerwünschte Wirkungen **zwischen Arzt, Ärztin und Therapeut: in** fortlaufend **kommuniziert werden und** bei Bedarf **in gegenseitiger Absprache** anzupassen sind. Die fortlaufende **Kommunikation** und Anpassung dienen 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.“	Verschlechterungen sofort auf kurzem Dienstweg rückgekoppelt und therapeutisch sowie medizinisch koordiniert aufgefangen werden.
TG – 5.2.1 **Zu den Sätzen 4-6** „[…] Die nachfolgend genannten Komponenten der Maßnahmen sind für die Behandlung von Schädigungen des zentralen	Vgl. Änderungsvorschläge zu BE (s.o.) Der Begriff „Maßnahme“ entspricht der standardisierten Terminologie der Heilmittel-Richtlinie und grenzt die verordnungsfähigen, hochqualifizierten Leistungen der Neurorehabilitation trennscharf von rein sportwissenschaftlichen oder präventiven

<table>
<tr><td colspan="2">Internationale Vojta Gesellschaft e.V. (IVG)</td></tr>
<tr><td colspan="2">30.06.2026</td></tr>
<tr><td>Nervensystems von besonderer Relevanz:
• Maßnahmen zur Anbahnung aktiver Bewegungsabläufe,
• Maßnahmen zur Kraft- und Koordinations-förderung und Reduktion pathologischer Ersatzmuster,
• Maßnahmen zur Regulation des Muskeltonus,
• Maßnahmen zur Anbahnung und Stabilisierung von Haltefunktionen,
• Maßnahmen zur Förderung der posturalen Kontrolle und des Gleichgewichts,
• Maßnahmen zur Förderung von Stell-, Stütz- und Schutzreaktionen, […]“</td><td>Angeboten („Training“, „Übungen“) ab.
Bei Schädigungen des zentralen Nervensystems steht die gezielte therapeutische Steuerung – insbesondere die Inhibition pathologischer Ersatzmuster und die Bahnung koordinierter Bewegungsabläufe – im Vordergrund. Der vereinheitlichte Terminus „Maßnahmen zur…“ bildet diesen komplexen, therapeutischen Charakter der ZNS-Behandlung präzise und richtlinienkonform ab.</td></tr>
<tr><td>TG – 5.2.1 Zu Satz 8
„Satz 8 stellt klar, dass bei Schädigungen des Zentralen</td><td>Die vom G-BA gewählte Zusammenlegung von KG-ZNS und KG-ZNS-Kinder in eine gemeinsame Leistungsziffer erfordert zwingend eine alters-</td></tr>
</table>

Internationale Vojta Gesellschaft e.V. (IVG)	
30.06.2026	
Nervensystems besondere Anforderungen an die Behandlung zu berücksichtigen sind. Hierzu zählen entwicklungsabhängige Funktionen, alters- und lebensweltbezogene Anforderungen sowie die daraus resultierenden relevanten **strukturellen** Risiken **und funktionellen Belastungsgrenzen.** Dies betrifft insbesondere **strukturelle** 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 **Belastungen der Interaktion im familiären oder pflegerischen Umfeld als Anzeichen für das Erreichen dieser Belastungsgrenzen** zu nennen. **Die Berücksichtigung dieser Faktoren erfordert eine kontinuierliche Anpassung**	und konzeptübergreifende Sprache. Die im Entwurf genannten psychosozialen Risiken betreffen in ähnlicher Weise erwachsene Patienten mit schweren kognitiven, kommunikativen oder geistigen Beeinträchtigungen (z. B. nach Schlaganfall oder bei schweren Schädigungen im Erwachsenenalter) sowie deren pflegerisches Umfeld. Der Begriff ‚funktionelle Belastungsgrenzen' mit der Pflicht zur ‚prozessbegleitenden Anpassung' sichert die Therapiesicherheit und Versorgungsqualität über die gesamte Lebensspanne der Patienten rechtssicher ab.

der therapeutischen Maßnahmen (z. B. durch Modifikation von Techniken, Reizdosierung oder Kommunikation), um Fehlentwicklungen oder Überlastungen effektiv vorzubeugen.“	

Dierks+Company · HELIX HUB · Lennéstraße 1 · D-10785 Berlin

An den
Gemeinsamen Bundesausschuss
Unterausschuss Veranlasste Leistungen
Gutenbergstraße 13
10587 Berlin

Per beA und E-Mail: heilmittel@g-ba.de

14. April 2026

Dierks+Company
Rechtsanwaltsgesellschaft mbH

HELIX HUB
Lennéstraße 1
D-10785 Berlin

T +49 30 586 930-000
F +49 30 586 930-099
info@dierks.company
www.dierks.company

Steuer-Nr. 30/261/50055
USt-Id-Nr. DE313860752
Amtsgericht Charlottenburg
HRB 190063 B

Geschäftsführer
Prof. Dr. med. Dr. iur.
Christian Dierks,
Dr. Dominik Roters

Deutsche Apotheker- und Ärztebank
IBAN DE24 3006 0601 0008 0611 05
SWIFT DAAEDEDDXXX

Referenznr.	Ansprechpartner	Telefonnr.	E-Mail
04910	Dominik Roters	+49 30 586 930 111	dominik.roters@dierks.company

Überprüfung der Heilmittel-Richtlinie hinsichtlich der Regelungen zur Krankengymnastik zur Behandlung von ZNS-Erkrankungen; hier: Ergänzung der Beantwortung des Fragebogens

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir vertreten die Internationale Vojta Gesellschaft e.V. und bitten trotz der zwischenzeitlich abgelaufenen Frist, die folgenden Ergänzungen deren fristgerechten Schreibens vom 23.06.2025 zur Beantwortung Ihres Fragebogens für das o.g. Prüfungsverfahren zu berücksichtigen.

1 Ergänzung der Antworten

1.1 Ergänzung der Antwort zu Frage 1: Wesentliche Wirkprinzipien

Die Vojta-Therapie ist ein physiotherapeutisches Verfahren, das auf der Aktivierung angeborener, phylogenetisch verankerter Bewegungsmuster über definierte propriozeptive Stimulationszonen beruht. Durch gezielte Druckstimulation in festgelegten Ausgangsstellungen werden zentrale motorische Netzwerke aktiviert, ohne dass eine willentliche Mitarbeit der

Patienten erforderlich ist. Dies macht die Methode insbesondere für Säuglinge und schwer neurologisch beeinträchtigte Kinder und Erwachsene therapeutisch zugänglich, die (noch) nicht in der Lage sind, Bewegungsaufträge zu verstehen oder aktiv umzusetzen.

Die neurophysiologische Wirkung der Therapie ist durch bildgebende Studien (fMRT) sowie elektrophysiologische Messungen (EEG) an gesunden Probanden belegt. Hok et al. (2017, 2019) konnten zeigen, dass eine gezielte Druckstimulation definierter Zonen zu einer signifikanten Aktivierung motorischer Hirnareale, insbesondere im Hirnstamm und der pontomedullären Formatio reticularis, führt.

Diese Befunde werden durch die Studien von Sanz-Esteban et al. entscheidend erweitert. In ihrer fMRT-Untersuchung (2018) wiesen sie die Aktivierung des Putamen und des Kleinhirns nach – Areale, die für die motorische Automatisierung zentral sind. Ergänzende EEG-Daten (2021) belegen zudem eine spezifische und reproduzierbare Aktivierung des supplementär-motorischen Areals sowie des primären motorischen Kortex. Dies belegt, dass die Vojta-Therapie nicht lediglich einen einfachen Reflexbogen bedient, sondern das gesamte hierarchische System der motorischen Kontrolle – von der subkortikalen Planung bis zur kortikalen Ausführung – anspricht.

Die an gesunden Erwachsenen gewonnenen neurophysiologischen Erkenntnisse entfalten im Säuglings- und Kleinkindalter aufgrund zweier entwicklungsneuro-biologischer Grundprinzipien eine potenziell noch stärkere therapeutische Wirkung (Vojta, 2018).

Erstens befindet sich das zentrale Nervensystem des Säuglings in einer Phase beschleunigter struktureller Reifung, in der neuronale Netzwerke besonders sensitiv auf wiederholte afferente Reizsetzung reagieren. Eine regelmäßige propriozeptive Stimulation über die Vojta-Zonen greift direkt in diesen Selektionsprozess ein und kann physiologische Bewegungsmuster bahnen, bevor sich pathologische Ersatzmuster strukturell verfestigen.

Zweitens sind die durch Reflexlokomotion aktivierten Bewegungskomplexe angeboren und im Säuglingsalter in ihrer ursprünglichsten und zugänglichsten Form vorhanden — bevor überlagernde kortikale Hemmung und Ersatzmotorik ihren Zugang erschweren.

Die Daten von Sanz-Esteban et al. (2021) liefern hierfür die neurophysiologische Begründung: Da die Reflexlokomotion nachweislich das SMA und den M1 aktiviert – also Areale, die für die Planung und Ausführung von komplexer Motorik zuständig sind –, fungiert die Therapie beim Säugling als funktioneller Wegweiser. Dass diese Aktivierung

laut EEG-Befunden über den eigentlichen Stimulationszeitraum hinaus persistiert, unterstreicht die nachhaltige Wirkung auf die neuronalen Netzwerke.

Sie bahnt den Zugang zu diesen kortikalen Zentren bereits in einer Phase, in der die Willkürmotorik des Kindes sich noch im Reifungsprozess befindet und eine gezielte Ansteuerung dieser Areale über den Willen noch nicht möglich ist. Dadurch wird die Bahnung und Manifestierung pathologischer Ersatzmuster im motorischen Kortex maßgeblich reduziert oder verhindert, noch bevor diese sich strukturell im Nervensystem festsetzen können.

Beide Prinzipien zusammen begründen, warum der frühe therapeutische Zugriff im ersten Lebensjahr aus neurobiologischer Sicht besonders wirkungsvoll ist.

Diese Überlegungen finden in der aktuellen Forschung direkte empirische Entsprechung. Ha und Sung (2021) wiesen mittels Diffusionstensor-Bildgebung (DTI) nach, dass eine achtmonatige Intervention mit der Vojta-Therapie bei einem Kleinkind mit Entwicklungsverzögerung messbare strukturelle Veränderungen zentraler motorischer Bahnen bewirkte. Dokumentiert wurde eine Zunahme der Fraktionellen Anisotropie (FA) im cortikospinalen Trakt (CST) sowie eine signifikante Volumenzunahme im cortikoretikulären Pfad (CRP). Diese neuroanatomische Reifung korrelierte unmittelbar mit einer massiven Verbesserung der Grobmotorik. Auf der GMFM-88-Skala steigerte sich die motorische Funktion von initial 17,17 % auf 57,35 % beim Follow-up.

Dieser bildgebende Beleg für neuroplastische Bahnungseffekte im unreifen Nervensystem unterstreicht die besondere Bedeutung der Frühbehandlung. Vergleichbare Prozesse finden sich auch in der Rehabilitation Erwachsener mit erworbenen neurologischen Schädigungen. Der zerebrale Kortex ist grundsätzlich in der Lage, seine neuronalen Netzwerke als Reaktion auf veränderte Anforderungen zu reorganisieren. Wird der normale afferente Zugang zu einer Region des primären somatosensorischen Kortex durch eine Verletzung unterbrochen, setzt eine rasche strukturelle und funktionelle Reorganisation ein. Dabei wird das betroffene Areal durch sensorische Reize aus den umliegenden, intakten Körperregionen aktiviert (Pekna M et al., 2012). Dieser Prozess beinhaltet sowohl das Demaskieren latenter Verbindungen als auch die Bildung neuer neuronaler Pfade.

Voraussetzung für diese neuroplastischen Reorganisationsvorgänge ist jedoch eine hinreichende Intensität der zentralnervösen Reizverarbeitung. Dass dieser therapeutisch notwendige Aktivierungszustand zwar fordernd, aber physiologisch sicher ist, belegen die hormonellen Daten von Kiebzak et al. (2021).

Sie untersuchten in einer prospektiven Studie mit 35 Säuglingen mit zentraler Koordinationsstörung den Cortisolspiegel vor, unmittelbar nach und 20 Minuten nach der Vojta-Therapie. Der entscheidende Befund: Während unmittelbar nach der Provokation ein signifikanter Anstieg des Cortisols zu verzeichnen war, sank dieser bereits 20 Minuten nach Therapieende bei allen Kindern wieder in den physiologischen Normbereich ab. Dies belegt einerseits eine adäquate neuronale Aktivierungsreaktion des Organismus — vergleichbar mit der physiologischen Antwort auf körperliche Anstrengung — und widerlegt andererseits die These einer anhaltenden oder pathologischen Stressbelastung durch die Reflexlokomotion.

Damit ergibt sich ein schlüssiges Bild: Die von Kiebzak et al. gemessene kurzzeitige Cortisolreaktion ist als physiologische Antwort auf genau jene zentralnervöse Aktivierung zu werten, die Sanz-Esteban und Hok bildgebend sichtbar gemacht haben. Es handelt sich um einen notwendigen, physiologischen Aktivierungszustand des motorischen Systems im Sinne eines Eustresses, der für neuroplastische Umbauprozesse (wie von Ha und Sung per DTI nachgewiesen) erforderlich ist, ohne den Organismus pathologisch zu stressen.

Vor diesem Hintergrund lässt sich auch die Pilotstudie von Epple et al. (2020) einordnen: Die dort untersuchten erwachsenen Patienten befanden sich in der Akutphase nach Schlaganfall – in einer Phase hoher Vulnerabilität. Trotz des sehr frühen Interventionsbeginns (innerhalb von 72 Stunden nach Onset) zeigten sich unter der Vojta-Therapie keinerlei klinische Schädigungen oder negative Auswirkungen auf die Vitalparameter.

Dies entkräftet die häufige Kritik, Vojta sei für vulnerable Gruppen (wie frühgeborene Säuglinge oder schwer betroffene Kinder mit Zerebralparese) zu belastend. Die Ergebnisse von Epple belegen, dass das neuromuskuläre System bereits in der Akutphase belastbar ist und von der frühen Ansteuerung profitiert, ohne Schaden zu nehmen.

Wenn ein erwachsenes Gehirn nach einer erworbenen Schädigung durch die Reflexlokomotion nach Vojta wieder Zugang zu den „verlorenen“ oder „blockierten“ Bewegungsmustern findet, stützt dies die Kernthese des Vojta-Prinzips: Die grundlegenden motorischen Programme sind genetisch hinterlegt. Sie werden durch die Läsion nicht gelöscht, sondern in ihrer Ansteuerung unterbrochen. Die Studie bei den Schlaganfallpatienten zeigt, dass der Reiz-Reaktions-Mechanismus der Reflexlokomotion auch dann greift, wenn die willkürliche Ansteuerung reduziert ist. Ein Prinzip, das analog bei Säuglingen mit drohender Zerebralparese gilt.

„Verzögerungen beim Beginn der Rehabilitation scheinen mit einem schlechteren Ergebnis und einer längeren Aufenthaltsdauer im Krankenhaus für Patienten verbunden zu sein.“ (Weinrich et al., 2004; zitiert nach Epple et al., 2020)„The fact that there is a limited time window for the greatest motor recovery and increased receptivity to training regimes after injury is congruent with observations in animal models suggesting that there is about a month of heightened plasticity in the brain early after stroke when most recovery from impairment occurs.“ (Murphy & Corbett, 2009; Kwakkel & Kollen, 2013; zitiert nach Epple et al., 2020)

Diese erhöhte Plastizität findet eine direkte Entsprechung in der sensiblen Phase der frühkindlichen Hirnentwicklung. Die frühestmögliche Bahnung angeborener Muster ist entscheidend, um die Manifestation pathologischer Bewegungsstrategien zu verhindern.

Dieser neurophysiologische Ansatz steht dabei in vollem Einklang mit Forderungen der Fachgesellschaften (GNP, DGSPJ) nach einer zielorientierten Therapie (Goal-Directed Training). Die durch Vojta induzierte Bahnung ist kein Selbstzweck, sondern fungiert als notwendige physiologische Basis für spezifische Teilhabeziele. In der klinischen Anwendung bedeutet dies, dass die gewonnene motorische Kompetenz – beispielsweise eine verbesserte Kopfkontrolle oder Rumpfstabilität – unmittelbar nach der Stimulation in funktionelle Aktivitäten (z. B. unterstützte Kommunikation, gezieltes Greifen, selbstständige Transfers oder Fortbewegung) überführt wird.

Diese Teilhabeziele werden in einem kontinuierlichen Prozess nach jeder Therapieeinheit auf ihre Wirksamkeit überprüft und dynamisch an die aktuelle Entwicklung des Patienten angepasst. Damit wird sichergestellt, dass die neurophysiologische Bahnung stets in einen messbaren Gewinn an funktioneller Selbstständigkeit und Lebensqualität mündet.

1.1.1 Ergänzung der Antwort zu Frage 2: Veränderung des Konzepts der Vojta-Therapie

Ergänzend ist auf das systematische Review und die Meta-Analyse von Sánchez-González et al. (2024) hinzuweisen, die bisher umfassendste Evidenzsynthese zur Vojta-Therapie überhaupt. Trotz kritischer und differenzierter Betrachtung der Studienlage bei Frühgeborenen kommen die Autoren zu einem eindeutigen Schluss: „In agreement with previous authors and considering the above, VT is recommended as an intervention technique for premature children.“

Ergänzend ist außerdem zu betonen, dass die Evidenz, die nach den 1970er Jahren generiert wurde, keine Anpassungsbedarfe der Therapiepraxis offenlegte. Die neurophysiologischen Grundlagen der Reflexlokomotion basieren auf evolutionsbiologisch verankerten Bewegungsmustern, die als biologische Konstanten zeitlos gültig sind. Während der Kern der Methode somit stabil bleibt, hat sich die klinische Anwendungspraxis – insbesondere in den Bereichen Eltern-Coaching, wertschätzende Kommunikation und differenzierte Belastungssteuerung – kontinuierlich modernisiert.

Diese erfolgreiche Weiterentwicklung wurde jüngst international gewürdigt: Die Forschergruppe um Ana San Martín-Gómez erhielt für ihre wegweisende Arbeit zur Elternerfahrung im häuslichen Setting den ersten Forschungspreis für pädiatrische Physiotherapie ‚Soraya Pacheco da Costa' (2025). Die Studie zeigt, dass die moderne Vojta-Therapie als bindungsorientiertes Verfahren praktiziert wird, das die Selbstwirksamkeit der Familien stärkt und die Eltern-Kind-Bindung aktiv schützt.

Diese fachliche Anerkennung spiegelt sich auch in der Ausweitung des Anwendungsfeldes auf hochvulnerable Bereiche wie die pädiatrische Onkologie wider, wo die Methode ihre klinische Sicherheit und therapeutische Relevanz unter schwierigsten Bedingungen unter Beweis stellt. So heißt es in der Stellungnahme der Sektion Pädiatrische Onkologie der Tschechischen Gesellschaft für Onkologie vom 3.12.2019 unter anderem: „Die Vojta-Therapie halten wir für sehr gut einsetzbar bei allen Tumortypen einschließlich Leukämie, und zwar in allen Phasen der onkologischen Behandlung."

Ein zentraler Fokus der laufenden Forschung liegt auf der datengestützten Objektivierung klinischer Ergebnisse, um die Vojta-Therapie technologisch belastbar zu validieren. Künstliche Intelligenz und Sensortechnologie sollen neue Maßstäbe für Transparenz und messbare Behandlungsqualität in der modernen Rehabilitation mit der Vojta-Therapie schaffen.

Wegweisend ist hierbei das Projekt von Velázquez-Iglesias et al. (2025), das Deep-Learning-Algorithmen nutzt, um die motorische Entwicklung von Säuglingen digital zu vermessen. Dieses bereits als Utility Model (U202432052) geschützte Verfahren ermöglicht eine millimetergenaue Diagnostik, die vollkommen unabhängig von subjektiven Einschätzungen agiert.

Parallel dazu wird die Forschung von Fionn Bayley (SPZ Siegen) zum Einsatz von Inertialsensoren (IMUs) zur Messung der Rumpfstabilisierung nach Abschluss der derzeit laufenden Auswertung weitere objektive Evidenz liefern (DRKS00026667). Ziel dieser Untersuchung ist es, die klinischen Effekte auf die posturale Kontrolle technologisch zu

validieren und die bisherigen Beobachtungen durch unabhängige Messdaten zu untermauern.

Die nach unserer Kenntnis derzeit laufenden Studien zu Vojta sind in **Anlage 2** aufgelistet.

1.2 Ergänzung der Antwort zu Frage 3— Evidenz zu kombinierten Ansätzen

Für den Kinderbereich wird keine belastbare Evidenz zu Kombinationsansätzen genannt. Dabei existiert mit Ungureanu et al. (2022) eine aktuell verfügbare Pilotstudie zu Vojta und Bobath bei Zerebralparese, die belegt, dass die neurophysiologische Bahnung nach Vojta die ideale Grundlage für nachfolgende funktionelle Therapien (z. B. nach Bobath) schafft. Zudem weisen aktuelle Vergleiche von Machnia et al. (2026) sowie Jung et al. (2017) darauf hin, dass die Vojta-Therapie in der Erzielung messbarer motorischer Fortschritte dem reinen NDT-Ansatz (Bobath) in spezifischen Parametern überlegen ist.

Dies bietet die Chance, Synergien unmittelbar zu nutzen: Die Vojta-Therapie stellt die notwendige neurophysiologische Basis bereit, auf der funktionelle Ansätze ihre volle Wirkung im Sinne des Goal-Directed Training entfalten können. Dabei agiert der Vojta-Therapeut in der Regel integrativ: Unmittelbar nach der Bahnung der physiologischen Muster nutzt er das entstandene „neurologische Zeitfenster“, um die gewonnene motorische Kompetenz gemeinsam mit dem Patienten in konkrete Alltagsaktivitäten zu überführen.

1.3 Ergänzung der Antwort zu Frage 4 — Indikationen (auch bei Säuglingen und Kindern)

Die vorliegende Evidenz konzentriert sich schwerpunktmäßig auf drei Indikationsbereiche: Frühgeborene, Zerebralparese und frühkindliche Haltungsasymmetrien. Für weitere Indikationen wie Down-Syndrom, Hüftdysplasie oder Myelomeningozele sowie weitere, seltenen neurologischen und neuroorthopädische Erkrankungen (z.B. Arthrogryposis multiplex congenita (AMC), Muskelerkankungen etc.) liegen vorwiegend Einzelfallberichte, kleine Fallserien oder ältere Kohortenstudien vor. Fachlich ist die Wirksamkeit dennoch durch die Übertragbarkeit der zentralnervösen Wirkprinzipien auf klinisch vergleichbare motorische Störungsbilder sowie eine hohe physiologische Plausibilität begründet.

Bei Frühgeborenen wurden Störungen der Saugkoordination und -rhythmik, Atemnotsyndrom, Beatmungsentwöhnung sowie motorische Entwicklungsverzögerung untersucht. Für die Zerebralparese und allgemeine Entwicklungsverzögerung liegen

Untersuchungen zu Rumpfkontrolle, Gangbild, Zwerchfellbewegung, Bauchmuskulatur, Gleichgewicht, Grobmotorik sowie Selbstversorgungsfunktionen vor. Im orthopädischen Bereich wurden Haltungsasymmetrien, Schädeldeformitäten, Hüftgelenksdysplasie und — in Kombination mit der McKenzie-Methode — discopathie-assoziierte Syndrome untersucht.

Darüber hinaus wurde die Sicherheit der Therapie in der vulnerablen Population pädiatrischer Hämatoonkologie-Patienten belegt. Zusätzlich gelang der Studie von Büchner et al. (2020) mittels eines Sensorhandschuhs die biometrische Objektivierung der Druckintensität in der Zone, und belegte, dass diese konstant im nicht-schmerzhaften Bereich verbleibt.

Der psychosoziale Bereich ist durch qualitative und explorative Studien abgedeckt, die elterliche Belastung, Mutter-Kind-Beziehung, Bindungsverhalten bei Risikokindern sowie frühkindliche Regulationsstörungen adressieren.

1.3.1 Frühgeborene

Für den Einsatz der Vojta-Therapie bei Frühgeborenen liegt eine relevante Studienbasis vor. Giannantonio et al. (2010) untersuchten in einer prospektiven Studie 34 Frühgeborene mit Lungenerkrankungen und konnten zeigen, dass die Anwendung des Reflexumdrehens nach Vojta zu einer signifikanten Verbesserung der Sauerstoffsättigung führte, während Stressindizes NIPS und PIPP[1)] unverändert blieben. Die Therapie erwies sich damit als sicher und zugleich wirksam.

Igual Blasco et al. (2023) analysierten in einer systematischen Übersichtsarbeit zehn Studien mit insgesamt 522 Frühgeborenen und kamen zu dem Schluss, dass die Reflexlokomotion nach Vojta unter den untersuchten physiotherapeutischen Techniken bei Frühgeborenen mit Atemnotsyndrom die stärksten Verbesserungen der Sauerstoffsättigung und Atemfrequenz zeigte und zudem die Verweildauer auf der neonatologischen Intensivstation verkürzte.

Czajkowska et al. (2019) untersuchten den Einfluss der Vojta-Therapie auf die Saugkoordination bei Frühgeborenen und konnten eine signifikante Verbesserung der Rhythmik und Regelmäßigkeit des nutritiven und nicht-nutritiven Saugens nachweisen. Diese Befunde sind von besonderer klinischer Bedeutung, da eine funktionierende Saugkoordination eine Grundvoraussetzung für die eigenständige Nahrungsaufnahme und damit für das Überleben und die weitere Entwicklung Frühgeborener darstellt.

[1] Neonatal Infant Pain Profile (NIPS), Premature Infant Pain Profile (PIPP)

Torró-Ferrero et al. (2022) zeigten in einer multizentrischen randomisierten kontrollierten Studie mit 106 Frühgeborenen, dass die Reflexlokomotionstherapie gegenüber passiver Mobilisation und Massage die Knochenbildung (gemessen am Biomarker Osteocalcin) signifikant stärker förderte.

Trafalska und Paprocka-Borowicz (2025) bestätigten in einer prospektiven Kontrollstudie mit 200 Kindern, dass die Vojta-Methode ein wertvolles Instrument für die frühzeitige Diagnose und Intervention bei motorischen Entwicklungsverzögerungen sowohl bei Früh- als auch bei Termingeborenen darstellt.

1.3.2 Zerebralparese

Für die Indikation der Zerebralparese liegt die umfangreichste Studienbasis vor, einschließlich mehrerer randomisierten kontrollierten Studien.

Ha und Sung (2018) zeigten in einer randomisierten kontrollierten Studie bei zehn Kindern mit spastischer Zerebralparese, dass die Vojta-Therapie gegenüber allgemeiner Physiotherapie zu einer signifikanten Verbesserung der Sitzfunktion (GMFM-Sitz) und der Zwerchfellaktivität führte. Sung und Ha (2020) bestätigten in einer weiteren randomisierten Pilotstudie Verbesserungen der Bauchmuskeldicke und des Gangbilds bei Kindern mit spastischer Zerebralparese.

Sanz-Mengibar et al. (2021) dokumentierten in einer Interventionsstudie mit 16 Kindern unter 18 Monaten signifikante Verbesserungen in der Erwerbsrate grobmotorischer Fähigkeiten (GMFM-88) nach ausschließlicher Behandlung mit Vojta-Therapie und schlussfolgerten, dass die Vojta-Therapie die motorische Entwicklung bei jungen Kindern mit Zerebralparese beschleunigt.

Besonders hervorzuheben ist die assessor-verblindete randomisierte kontrollierte Studie von Nipaporn Konjen et al. (2022). Diese Studie untersuchte gezielt die schwerst betroffene Patientengruppe, nämlich Kinder mit Zerebralparese der GMFCS-Stufen 4 und 5, für die therapeutische Alternativen im klinischen Alltag am schwierigsten zu realisieren sind. 24 Kinder erhielten randomisiert entweder Vojta-Therapie oder konventionelle Therapie über acht Wochen mit ergänzendem Heimprogramm. Die Ergebnisse zeigten, dass die Vojta-Therapie auch für diejenigen Kinder klinisch bedeutsame Funktionsverbesserungen erzielt (grobmotorische Funktion (Liegen und Rollen) und Bewegungsumfang der unteren Extremitäten: signifikante Verbesserung gegenüber konventioneller Therapie). Dies legt nahe, dass die Vojta-Therapie in Bereichen wirksam bleibt, in denen andere Verfahren oft an ihre kapazitiven Grenzen

stoßen. Ein Ausschluss aus der Heilmittelversorgung hätte für diese Pat. die gravierendsten Folgen. Darüber hinaus ist die Elternanleitung für das Heimprogramm in dieser Studie ausdrücklich als Bestandteil des Therapiekonzepts ausgewiesen. Die häusliche Anwendung durch Bezugspersonen war hier auch bei schwerst betroffenen Kindern strukturiert und sicher realisierbar. Diese Heimprogramme fördern maßgeblich das Empowerment der Eltern: Durch die Vermittlung fachlicher Kompetenz werden sie von passiv Betroffenen zu aktiv Handelnden in der motorischen Entwicklung ihres Kindes. Diese gewonnene Selbstwirksamkeit der Eltern ist ein entscheidender Faktor für die langfristige Adhärenz und den Therapieerfolg bei chronischen Verläufen.

Ungureanu et al. (2022) zeigten in einer Pilotstudie bei zwölf Kindern mit Zerebralparese, dass die Kombination von Vojta- und Bobath-Therapie zu einer signifikanten Verbesserung der Gleichgewichtsfähigkeit (Berg Balance Scale, Verbesserung um 32,35 %; p=0,0001) und einer statistisch signifikanten Reduktion der asymmetrischen Gewichtsverteilung zwischen den unteren Extremitäten führte.

Der aktuelle systematische Review und die Meta-Analyse von Sánchez-González et al. (2024), der 55 Studien qualitativ und 18 quantitativ analysierte, fasst den Stand der Evidenz zusammen und ordnet die Vojta-Therapie in die zweite von drei Evidenzstufen für Interventionen bei Zerebralparese ein. Die Autoren weisen darauf hin, dass methodische Schwächen bestehender Studien (insbesondere fehlende Verblindung und kleine Fallzahlen) die Aussagekraft limitieren, ohne die positiven Befunde zu entkräften

1.3.3 Haltungsasymmetrien und Plagiozephalie

Für den Indikationsbereich der frühkindlichen Haltungsasymmetrien und des kongenitalen muskulären Torticollis liegt eine zunehmend dichte Evidenzbasis vor, die die Vojta-Therapie konsistent als das wirksamere Verfahren gegenüber dem NDT-Bobath-Konzept ausweist.

Jung et al. (2017) verglichen in einer randomisierten kontrollierten Studie mit 37 Säuglingen im Alter von sechs bis acht Wochen die Wirksamkeit der Vojta-Therapie mit anderen neuroentwicklungsorientierten Behandlungen bei infantiler Haltungsasymmetrie. Die Vojta-Gruppe zeigte eine signifikant stärkere Reduktion der asymmetrischen Bewertung (Mittelwertdifferenz −2,96 Punkte zugunsten Vojta; $p < 0,05$). Die Autoren wiesen zudem darauf hin, dass das Schreien der Säuglinge sofort nach Beendigung der Therapiesequenz sistierte und von Eltern als qualitativ anders beschrieben wurde als Schmerzschreien. Dies entkräftet die Interpretation als Schmerzreaktion.

Hohendahl et al. (2023) verglichen in einer retrospektiven Studie mit 189 Säuglingen die Vojta-Therapie mit der Bobath-Methode bei lagebedingter Plagiozephalie und dokumentierten eine signifikant stärkere Reduktion der Schädelasymmetrie sowie eine kürzere Behandlungsdauer in der Vojta-Gruppe, insbesondere bei schwerer betroffenen Säuglingen im Alter von sechs bis neun Monaten.

Die aktuellste vergleichende Untersuchung für diese Indikationsgruppe stammt von Machnia et al. (2026). In einer retrospektiven Kohortenstudie am Polish Mother's Memorial Hospital wurden 53 Säuglinge unter fünf Monaten mit ultraschallbestätigtem kongenitalen muskulären Torticollis untersucht, die entweder Vojta-Therapie (n=29) oder Bobath-Therapie (n=24) über 20 Wochen mit jeweils zwei 30-minütigen Sitzungen pro Woche und ergänzendem Heimprogramm erhielten. Die Ergebnisse zeigten eine signifikant stärkere Verbesserung in der Vojta-Gruppe sowohl für die Kopfneigung (mittlere Differenz −5,69°; $p < 0,001$; Hedges' $g = 1,29$) als auch für die zervikale Rotation (mittlere Differenz −5,89°; $p < 0,001$; Hedges' $g = 1,21$). Die Effektgrößen nach Hedges liegen mit Werten über 1,2 im Bereich klinisch bedeutsamer Verbesserungen. Darüber hinaus zeigte die Studie, dass ein früher Therapiebeginn im Alter von ein bis zwei Monaten gegenüber einem Beginn im dritten bis vierten Lebensmonat eine fünf- bis achtfach höhere Wahrscheinlichkeit ergab, die klinisch relevanten Beweglichkeitsschwellen von 70° bzw. 90° zu erreichen (RR = 5,46 bzw. 8,19; beide $p < 0,001$).

Die Autoren selbst weisen auf methodische Limitationen der Studie hin (retrospektives nicht-randomisiertes Design, begrenzte Fallzahl, Fehlen funktioneller Outcome-Parameter jenseits biomechanischer Messgrößen). Dennoch liefert die Studie in Zusammenschau mit Jung et al. (2017) und Hohendahl et al. (2023) eine konsistente Evidenzlinie, die die Wirksamkeit der Vojta-Therapie, vergleichbar mit dem Bobath-Konzept, in der Behandlung frühkindlicher Haltungsasymmetrien und Torticollis über mehrere Studiendesigns und Zentren hinweg nachweist.

1.4 Ergänzung der Antwort zu Frage 5 — Kontraindikationen

Wir weisen ergänzend auf die Studie von Jevič et al. (2023, Vojta therapy is not contraindicated in pediatric hematooncology and oncology patients, Übersetzung aus dem Tschechischen findet sich im **Anhang**) hin. Jevič et al. (2023) untersuchten gezielt die Sicherheit der Vojta-Therapie bei pädiatrischen Patienten mit hämatoonkologischen und onkologischen Erkrankungen. Die Ergebnisse zeigten, dass die Therapie auch in

dieser besonders vulnerablen Population sicher angewendet werden kann und keine signifikanten Nebenwirkungen auftraten.

1.5 Ergänzung der Antwort zu Fragen 6 / 8 / 9 — Rolle der Bezugspersonen, Schulung, häusliche Anwendung

Die Sorge, dass die Vojta-Therapie die Beziehung zwischen Eltern und Kind nachhaltig beeinträchtigen könnte, ist ein zentrales Element der öffentlichen Kritik. Die verfügbare Evidenz stützt diese Befürchtung jedoch nicht. Im Gegenteil legen die aktuellsten Studien nahe, dass die häusliche Anwendung die Eltern-Kind-Bindung eher stärken kann.

Thiesen-Hutter (1982) kam in einem Gruppenvergleich zwischen frühbehandelten und unbehandelten Vorschulkindern zu dem Schluss, dass aus psychologischer Sicht keine negativen Folgen der frühzeitig angewandten Vojta-Therapie nachweisbar waren. Behandelte Kinder zeigten im Alter von vier bis fünf Jahren keine erhöhten Ängstlichkeits- oder Kontaktstörungen.

Martínez-Fuentes et al. (2011) zeigten in einer kontrollierten Vergleichsstudie bei Frühgeborenen, dass die motorische und geistige Entwicklung in der Vojta-Gruppe signifikant besser verlief als in der Kontrollgruppe. Gleichzeitig war die Qualität der Bindung im Alter von 15 Monaten in der Vojta-Gruppe vergleichbar mit der Kontrollgruppe und wies keine signifikanten Unterschiede auf. Die Vojta-Therapie beeinträchtigte die Eltern-Kind-Bindung demnach nicht.

Ludewig und Mähler (1999) stellten zwar fest, dass insbesondere zu Beginn der Vojta-Therapie eine stärkere Belastung der Mütter bestand als bei der Bobath-Methode; mit zunehmender Therapiedauer waren jedoch keine Unterschiede zwischen den Gruppen mehr nachweisbar. Die Autoren empfahlen eine psychosoziale Begleitung der Eltern während der Anfangsphase, was heute fester Bestandteil der Ausbildungscurricula der Internationalen Vojta Gesellschaft e.V. ist.

Strojek et al. (2022) untersuchten den emotionalen Zustand von 68 Eltern zu Beginn der Vojta-Therapie ihrer Kinder mit Zentraler Koordinationsstörung. Die Studie zeigte, dass körperliche Aktivität der Eltern einen signifikant positiven Einfluss auf deren Stresserleben hatte, und unterstrich damit die Bedeutung einer ganzheitlichen Begleitung der Familien im Therapieprozess.

Büchner et al. (2020) belegt mit dem Sensorhandschuh objektiv, dass der Druck bei der Zonenauslösung im nicht-schmerzhaften Bereich liegt — ein direkter empirischer Beleg für die Sicherheit der häuslichen Anwendung durch Laien.

Besonders aufschlussreich sind zwei aktuelle qualitative Studien der Arbeitsgruppe San-Martín-Gómez et al. aus dem Jahr 2026. In der ersten Studie (San-Martín-Gómez et al., 2026a) wurden mittels Photo-Elicitation die Erfahrungen von Eltern dokumentiert, die das häusliche Vojta-Programm für Kinder mit globaler Entwicklungsverzögerung durchführten. Die Eltern beschrieben trotz emotionaler Anforderungen eine insgesamt positive Bilanz, die direkt mit den beobachteten Therapieergebnissen verknüpft war. In der zweiten Studie (San-Martín-Gómez et al., 2026b) berichteten die Eltern ausdrücklich, dass die häusliche Vojta-Therapie die Eltern-Kind-Bindung gefördert habe, und bewerteten die Adhärenz trotz initialer Bedenken als nachhaltig und vorteilhaft. Beide Studien zeigen, dass Eltern bei ausreichender Information und Begleitung mehrheitlich bereit und in der Lage sind, die häusliche Vojta-Therapie sicher und kontinuierlich durchzuführen — und dass die gemeinsame Therapieerfahrung die Beziehung zwischen Eltern und Kind stärken kann, anstatt sie zu belasten.

Ein wesentlicher Erfolgsfaktor der in den Studien (u.a. Konjen et al., 2022; Ha et al., 2018, Jung et al. 2017) dokumentierten Fortschritte ist die enge Verzahnung von professioneller Steuerung und hochfrequenter häuslicher Anwendung. Die klinischen Termine beim zertifizierten Vojta-Therapeuten fungieren hierbei explizit als Instanz der Supervision und Qualitätskontrolle. In diesen Sitzungen wird die Ausführung durch die Bezugspersonen fortlaufend überprüft, an die Entwicklung und die veränderte Reaktivität des Kindes angepasst und die korrekte Durchführung sichergestellt.

Die Wirksamkeit der Vojta-Therapie ist untrennbar mit der durch die Eltern realisierten Therapiedichte (bis zu 4-mal täglich in der Frühbehandlung) verbunden. Das Heimprogramm ist somit kein ‚Ersatz' für professionelle Hilfe, sondern die notwendige physiologische Umsetzung der neurophysiologischen Reizsetzung, während der Therapeut die Rolle eines ‚Coaches' und Qualitätswächters einnimmt.

1.6 Ergänzung der Antwort zu Fragen 10/ 13 / 14 / 15 — Schädigungspotenzial und Stressreaktionen

Das Schreien von Säuglingen während der Vojta-Therapie ist der am häufigsten angeführte Kritikpunkt und Gegenstand der öffentlichen Debatte. Deshalb braucht es eine wissenschaftliche Auseinandersetzung, da sie für die Bewertung des Schadenspotenzials zentral ist.

Das Weinen der Säuglinge während der Vojta-Therapie lässt sich als Ausdruck der erhöhten neuronalen Aktivierung erklären, die durch die propriozeptive Stimulation hervorgerufen wird. Es ist kein Zeichen eines Schmerzgeschehens, sondern Ausdruck

einer intensiven, dem Säugling ungewohnten Afferenz und damit Ausdruck der Wirksamkeit der Therapie selbst. Charakteristisch und differentialdiagnostisch bedeutsam ist, dass das Schreien in aller Regel unmittelbar nach Beendigung der Therapiesequenz sistiert und das Kind sich rasch beruhigt.

Über diese prompte Beruhigung hinaus zeigt sich häufig eine markante Steigerung der Vigilanz und der funktionellen Fähigkeiten: Während ältere Kinder oft verbalisieren, dass sich Bewegungen nun ‚leichter' anfühlen, zeigen insbesondere schwer betroffene Kinder unmittelbar nach der Behandlung eine erhöhte Wachheit, einen fokussierteren Blick und zielgerichteteres Spielen oder Kommunizieren, was den Übergang in einen neurologisch regulierten, positiv entspannten Zustand widerspiegelt. Der Übergang von der Anstrengung (Sympathikus) zur Regulation (Parasympathikus) verdeutlicht, dass die lege artis durchgeführte Therapie nicht stresst, sondern das System „ordnet".

Die Frage, ob mit der Therapie ein anhaltender Stressanstieg verbunden ist, wurde von Kiebzak et al. (2021) untersucht. In einer prospektiven Studie mit 35 Säuglingen mit zentraler Koordinationsstörung zeigten Speichelproben, dass der Cortisolspiegel 20 Minuten nach der Therapie bei allen Kindern auf oder unter den Ausgangswert (in den Normbereich) abgefallen war. Ein vorübergehender Anstieg wurde als physiologische Aktivierungsreaktion interpretiert, die mit anderen körperlichen Belastungssituationen wie etwa sportlicher Aktivität vergleichbar ist. Die Autoren schlossen, dass die Vojta-Therapie keine anhaltende Stressreaktion auslöst und als sichere physiotherapeutische Intervention für Säuglinge einzustufen ist.

Büchner et al. (2020) entwickelten im Rahmen eines vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Projekts einen Sensorhandschuh zur objektiven Messung des Drucks bei der Zonenauslösung. Die Auswertung ergab, dass der angewendete Druck sich durchgehend im nicht-schmerzhaften Spektrum befindet, was die Behauptung, dass die Therapie Schmerzen verursacht, auf empirischer Grundlage widerlegt. Die Messdaten des *wearable pressure glove* zeigen darüber hinaus, dass die Druckintensität bei zunehmender motorischer Aktivierung des Patienten abnimmt.

- es zeigt, dass es sich um eine aktive, wenn auch unbewusste, Leistung des Kindes handelt. Wenn der Druck sinkt, während die Bewegung zunimmt, ist das der physikalische Nachweis für die „Reflexlokomotion".
- Wer korrekt nach Vojta therapiert, drückt nicht „stärker", um mehr zu erreichen, sondern warte auf die Antwort des Körpers.

- ein wesentliches Lernziel der Elternanleitung ist genau dieses „Nachlassen des Drucks bei einsetzender Aktivität“ und das feine Steuern der Reflexlokomotion. Die Eltern lernen, die Eigenaktivität des Kindes zu spüren und den Druck entsprechend zu modulieren.

Aus der Zusammenschau der vorliegenden Evidenz zu Schädigungspotenzial und Stressreaktionen ergibt sich kein Hinweis auf ein relevantes Schädigungspotenzial der lege artis durchgeführten Vojta-Therapie bei Kindern und Säuglingen. Für eine somatische Schädigung durch die Therapie gibt es in der über 70-jährigen Anwendungsgeschichte keine belastbaren wissenschaftlichen Belege. Frühere Publikationen, die einen solchen Zusammenhang behaupteten, wurden von den jeweiligen Autoren selbst zurückgezogen. Eine anhaltende Beeinträchtigung der Eltern-Kind-Beziehung oder der psychischen Entwicklung der behandelten Kinder ist durch die vorliegende Studienlage nicht belegt. Die aktuellen verfügbaren Studien (San-Martín-Gómez et al., 2026a und 2026b) weisen im Gegenteil darauf hin, dass die gemeinsame häusliche Therapieerfahrung die Eltern-Kind-Bindung stärken kann. Die Sicherheit der Therapie wurde auch in der besonders vulnerablen Population pädiatrischer Hämatoonkologie-Patienten bestätigt (Jevič et al., 2023), was die Robustheit des Sicherheitsprofils der Vojta-Therapie unterstreicht.

1.7 Ergänzung der Antwort zu Frage 12— Vorteile gegenüber anderen Therapien, Evidenz

Die Vojta-Therapie kann für zentrale Indikationen im Kindes- und Säuglingsalter Nutzenbelege aus kontrollierten und randomisierten Studien vorlegen. Dies entspricht dem Evidenzniveau, das für vergleichbare physiotherapeutische Verfahren im Heilmittelkatalog als Grundlage der Verordnungsfähigkeit herangezogen wird.

1.7.1 Unersetzbarkeit in spezifischen Indikationen

Ein wesentlicher Vorteil der Vojta-Therapie gegenüber anderen Verfahren im Heilmittelkatalog liegt darin, dass sie ohne aktive Mitarbeit der Patienten wirksam angewendet werden kann. Dies erschließt einen therapeutischen Zugang für Säuglinge und schwer beeinträchtigte Patienten, für die kooperationsabhängige Verfahren aufgrund fehlender willentlicher Steuerung oder kognitiver Einschränkungen faktisch nicht zugänglich sind**.**

Für die Frühbehandlung von Zerebralparese-Risikokindern sowie für die Behandlung von Frühgeborenen mit Atem- und Schluckstörungen existieren keine vergleichbar spezifisch

untersuchten physiotherapeutischen Alternativen im Heilmittelkatalog, die über propriozeptive Bahnung einen gleichwertigen Zugang zu zentralnervösen Bewegungsmustern ermöglichen. Igual Blasco et al. (2023) zeigen in einem systematischen Review, dass die Vojta-Therapie unter den untersuchten physiotherapeutischen Techniken bei Frühgeborenen mit Atemnotsyndrom die stärksten Verbesserungen erzielte.

Dieser Vorteil ist nicht nur theoretischer Natur, sondern durch Studiendaten belegt. Nipaporn Konjen et al. (2022) untersuchten in einer assessor-verblindeten randomisierten kontrollierten Studie 24 Kinder mit Zerebralparese der GMFCS-Stufen 4 und 5 — also der schwerst motorisch beeinträchtigten Patientengruppe — und zeigten, dass die Vojta-Therapie der konventionellen Physiotherapie in der grobmotorischen Funktion (GMFM-88 Dimension A) sowie im Bewegungsumfang der unteren Extremitäten signifikant überlegen war (p=0,001 bzw. p=0,02). Für diese Patientengruppe stehen im ambulanten Heilmittelsetting kaum wirksame Alternativen zur Verfügung; ein Leistungsausschluss würde sie daher am stärksten treffen.

1.7.2 Direktvergleich mit dem NDT-Bobath-Konzept

Im Direktvergleich mit dem NDT-Bobath-Konzept zeigt die Vojta-Therapie in mehreren Studien messbare Überlegenheit. Machnia et al. (2026) dokumentierten in einer retrospektiven Kohortenstudie mit 53 Säuglingen mit kongenitalem muskulärem Torticollis signifikant größere Verbesserungen in Kopfneigung und zervikaler Rotation zugunsten der Vojta-Therapie gegenüber NDT-Bobath. Jung et al. (2017) bestätigten in einer randomisierten kontrollierten Studie bei infantiler Haltungsasymmetrie eine signifikant stärkere Reduktion der Asymmetrie unter Vojta-Therapie. Hohendahl et al. (2023) zeigten bei lagebedingter Plagiozephalie nicht nur eine stärkere Reduktion der Schädelasymmetrie, sondern auch eine kürzere Behandlungsdauer in der Vojta-Gruppe.

1.7.3 Einbindung der Eltern

Ein weiterer struktureller Vorteil liegt in der Einbindung der Eltern als therapeutisch handelnde Bezugspersonen, die eine Behandlungsintensität von mehrmals täglich ermöglicht. Diese Intensität ist im Rahmen ambulanter Heilmittelversorgung durch professionelle Therapeuten allein nicht erreichbar und ist für den strukturbildenden Effekt in den sensiblen Entwicklungszeitfenstern des ersten und zweiten Lebensjahres entscheidend. Gleichzeitig ist die Supervisionsleistung der Therapeuten ein eigenständiger und unverzichtbarer Bestandteil der Leistungserbringung, der im Rahmen der Heilmittelverordnung abgebildet werden muss.

1.8 Gesamtbewertung Evidenz

Die Evidenzlage der Vojta-Therapie ist im Vergleich zu anderen im Heilmittelkatalog etablierten Verfahren als gleichwertig oder überlegen einzustufen. Eine isolierte Einschränkung der Vojta-Therapie ließe sich angesichts der vergleichbaren Datenlage für das gesamte Feld der pädiatrischen Neuro-Rehabilitation fachlich nicht konsistent begründen. Vielmehr bilden Vojta und das Bobath-Konzept die unverzichtbaren, komplementären Säulen der deutschen Versorgungsrealität.

Ein Ausschluss oder eine Einschränkung dieser etablierten Verfahren würde keine „Bereinigung“ des Katalogs darstellen, sondern eine systemische Versorgungslücke aufreißen. Für hochvulnerable Patientengruppen – wie Frühgeborene mit vitalen Regulationsstörungen oder Kinder mit schwerster Zerebralparese (GMFCS 4–5) – existieren im aktuellen Heilmittelkatalog keine klinisch gleichwertigen, neurophysiologisch basierten Alternativen. Da aufgabenorientierte oder funktionelle Trainingsansätze zwingend eine motorische Basisstabilität und kognitive Mitarbeit voraussetzen, können sie die elementare Bahnung der Vojta-Therapie nicht substituieren, sondern lediglich additiv ergänzen.

Eine Einschränkung würde für diese Patienten sowie für Erwachsene mit neurologischen Erkrankungen einen bedeutsamen, alternativlosen Verlust darstellen und eine systemische Versorgungslücke erzeugen. Damit würde der gesetzliche Auftrag einer bedarfsnotwendigen, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung (§ 12 SGB V) für die vulnerabelsten Glieder der Gesellschaft faktisch nicht erfüllt. Dies liefe auf eine bewusste Verschlechterung der Langzeitprognosen und Teilhabechancen hinaus, die durch kein anderes verfügbares Verfahren kompensiert werden könnte.

2 Rechtliche Einordnung

Ausgehend von der Bewertung der Evidenz ordnen wir diese in den für einen Ausschluss eines Heilmittels maßgeblichen rechtlichen Kontext ein.

Der Gemeinsame Bundesausschuss ermittelt den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse nach 1. Kap. § 5 Abs. 2 VerfO[2] „auf der Grundlage der evidenzbasierten Medizin“.

[2] Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses; Stand: 20. Februar 2026

Für die Bewertung von ärztlichen Methoden verlangt 2. Kap. § 13 Abs. 2 VerfO: „[1]Der Nutzen einer Methode ist durch qualitativ angemessene Unterlagen zu belegen. [2]Dies sollen, soweit möglich, Unterlagen der Evidenzstufe I mit patientenbezogenen Endpunkten (z. B. Mortalität, Morbidität, Lebensqualität) sein."

Dies könnte nahelegen, auch die Frage, ob die Behandlung nach dem Vojta-Konzept dem heutigen allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht, dadurch zu beantworten, dass Evidenz der Klasse I für ein positives Nutzen-Schaden-Verhältnis spricht.

Dies würde jedoch unzureichend berücksichtigen, dass es sich bei dem zur Prüfung gestellten Heilmittel um keine neue ärztliche Methode iSd § 135 Abs. 1 S. 1 SGB V handelt. Die Behandlung nach Vojta ist seit über 50 Jahren Bestandteil der GKV und gehört damit zu dem Bestand der Leistungen, welche bereits vor Inkrafttreten des SGB V am 01.01.1989 therapeutisch eingesetzt wurde. Auch stellt der in § 1 des 2. Kapitels VerfO geregelte Geltungsbereich in Frage, ob die Methodenbewertung nach diesem Kapitel überhaupt zur Anwendung kommt, weil eine dem § 135 Abs. 1 S. 2 SGB V entsprechende Ausschlusskompetenz in § 138 SGB V fehlt und die Geltung des Kapitels damit auf die Bewertung von neuen Heilmitteln beschränkt ist (2. Kap. § 1 Abs. 1 lit. a Spstr. 3 VerfO).

Für den Ausschluss etablierter Leistungen anerkennt das Recht

- deren typischerweise, weil strukturell bedingte schwache Evidenz (2.1),
- ordnet die Verdachtsmomente auf mögliche Schäden einer Therapie zutreffend ein (2.2) und
- bestimmt die zutreffende Anwendung der rechtlichen Maßstäbe auf die Bewertung des Heilmittels nach Vojta (2.3).

Im Ergebnis erhalten etablierte Leistungen dadurch zwar keinen unverletzlichen Bestandsschutz. Die rechtliche Bestimmung des für einen Ausschluss maßgeblichen anerkannten medizinischen Standes der Erkenntnisse stellt aber doch in Frage, ob der G-BA berechtigt wäre, bereits aufgrund seiner Einschätzung, dass keine klaren Nutzenbelege der Evidenzklasse I vorliegen, einer etablierten Leistung, wie das Heilmittel nach Vojta, den Nutzen zu versagen.

2.1 Gründe für die typischerweise schwache Evidenz bei etablierten Leistungen

Wesentliche Argumente für eine Entscheidung auf auch niedrigerer Evidenz bietet die VerfO des G-BA in § 13 Abs. 2, indem er nach dessen Sätzen 3-5 sich selbst eine

Abwägung für Situationen auferlegt, in denen es „unmöglich oder unangemessen“ ist, Studien der Evidenzstufe I durchzuführen oder zu fordern.

Gute Gründe sprechen dafür, dass es bei etablierten Leistungen zumindest „unangemessen“ wäre, Studien höchster Evidenz zu fordern:

1. Es gibt für etablierte Leistung im Leistungserbringungsrecht der GKV keine Verpflichtung oder Veranlassung, Studien zu machen; für ihre (weitere) Erbringung zu Lasten der Krankenkassen bedarf es keiner Empfehlung nach § 138 SGB V, da sie gerade nicht neu sind. Dass solche Studien gleichwohl zuweilen zu finden sind, ist maßgeblich dem wissenschaftlichen Anspruch des jeweiligen Fachbereichs und nicht selten den wissenschaftlichen Vereinigungen (wie hier der IVG) zu verdanken. Hebt sich eine Therapie aber in Bezug auf eine fortgesetzte Evidenzgenerierung positiv ab von einer Reihe weiterer Interventionen, welche schon vor 1989 Bestandteil der GKV waren, darf dies nicht gegen diese gewandt werden, indem diese Studien als unzureichende Nutzenbelege abgelehnt und die Therapie mangels hinreichender Evidenz ausgeschlossen wird. Dass diese Studien zeigen, dass es prinzipiell möglich ist, auch bei etablierten Leistungen Studien durchzuführen, ist ebenso zutreffend wie es auch richtig ist, noch mehr Kenntnis über den Nutzen etablierter Leistungen zu fordern. Dies bestimmt aber nicht den Prüfmaßstab für den Ausschluss etablierter Leistungen, bei denen eine kostenaufwändige hinreichend gepowerte Studie außerhalb der Bereiche des Einsatzes von Medizinprodukten (einschl. Hilfsmittel) oder Arzneimitteln ganz überwiegend an dem fehlenden Investoreninteresse scheitert.
2. Das in Artikel 3 Absatz 1 des Grundgesetzes (GG) verankerte Gleichheitsgebot verlangt die Gewährleistung der Einhaltung derselben Bewertungsmaßstäbe in Bezug auf die Gegenstände eines Prüfbereichs. Der Ausschluss einer Leistung oder ganzen Therapie entwertet die in aller Regel erforderliche spezifische Ausbildung sowie getätigte Investitionen und praktische Erfahrungen. Er verändert das Berufsbild des die betroffene Leistung anwendenden Therapeuten und beeinträchtigt seine Berufsausübung vielfach in erheblicher Weise. Der gebotene Grundrechtsschutz verlangt ein Procedere (Grundrechtsschutz durch Verfahren), welches ungleiche oder überzogene Bewertungsmaßstäbe ausschließt. Konkreter gesagt: Sollte der G-BA für einen Verbleib von etablierten Leistungen Evidenz der Klasse Ia oder Ib (nach 2. Kap. § 11 Abs. 2 Nr. 2 VerfO) mit hinreichenden Nutzenbelegen fordern, wäre er verpflichtet, diesen Maßstab nicht nur in gleicher Weise für die Prüfung sämtlicher weiterer etablierter

Leistungen (zumindest von Heilmitteln, wohl aber auch von ärztlichen Methoden) anzuwenden. Darüber hinaus müsste er auch begründen, nach welchen Kriterien seine Auswahl der zur Prüfung gestellten etablierten Leistungen erfolgt, wenn hinreichend bekannt ist, dass aus den unter 1.) genannten Gründen für eine Vielzahl etablierter Leistungen diese Evidenz nicht vorliegt.

3. Der auch für etablierte Leistungen geltende Maßstab des Qualitätsgebots, demgemäß diese dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen haben (§ 2 Abs. 1 S. 3 SGB V), sichert einen hinreichenden Kenntnisstand zu Interventionen, die von der GKV erbracht werden. Diese Anforderung dient der Finanzierbarkeit der GKV, aber vor allem dem Schutz der Patientinnen und Patienten vor unwirksamen oder gar schädlichen Maßnahmen.[3] Wird bei der Frage, ob eine neue Methode GKV-Leistung sein soll, zu Recht auf (valide) Studien abgestellt,[4] besteht bei etablierten Leistungen die Möglichkeit, ihre Wirksamkeit und ihr Schadenspotenzial in der realen Versorgung zu beobachten. Dabei kann zwar mit gutem Grund eingewandt werden, dass hochwertige Studien Verzerrungen von Ergebnissen besser vermeiden können als die Beobachtung von Therapieerfolgen in der Versorgung. Demgegenüber hat eine langjährige praktische Anwendung einer Leistung aber nicht nur den Vorteil, die in Studien nicht abbildbaren Langzeitfolgen und -erfolge sowie regelmäßig nicht einschließbare Patientengruppen zu erfassen, sondern kann insbesondere die für eine Wirksamkeit maßgeblichen Kontextfaktoren (wie Patientencompliance, hinreichende Akzeptanz in der Ärzteschaft, etc.) einschließen. Wenn auch hier eine bessere und wissenschaftlich fundiertere Beobachtung wünschenswert bleibt, ist die „allgemeine Anerkennung“ als wesentliche Säule des medizinischen Standards nach § 2 Abs. 1 S. 3 SGB V Ausdruck des Vertrauens des Gesetzgebers in den intraprofessionellen medizinischen Erfahrungsaustausch, welcher die notwendige Gewissheit zu Wirksamkeit und Unschädlichkeit einer Methode bei ihrer langjährigen Anwendung hinreichend zu sichern vermag.[5]

---

[3] Vgl. Becker/Kingreen/Scholz, 9. Aufl. 2024, SGB V, § 2 Rn. 3 mwN.
[4] Roters, SGb 2015, 413.
[5] Francke/Hart, MedR 2008, 2 (12) formulieren: „Schließlich besteht Konsens darüber, dass die Parameter, nach denen das Nutzenpotential (und im Übrigen auch das Schadenspotential) bestimmt wird, solche sind, die die medizinische Versorgung unter Alltagsbedingungen, nicht aber unter Studienbedingungen abbilden.“

Es wäre aus diesen Gründen bei etablierten Leistungen regelmäßig „unangemessen“, Studien höchster Evidenz zu fordern.

2.2 Nutzen-Schaden-Abwägung aufgrund qualitativ angemessener Unterlagen

Dieses Rezeptionskonzept wird auch von der VerfO des G-BA aufgegriffen, indem sie in 2. Kap. § 13 Abs. 2 S. 4-6 die gebotene Nutzen-Schaden-Abwägung aufgrund qualitativ angemessener Unterlagen niedrigerer Evidenzstufen ermöglicht. Dabei gebietet der Patientenschutz, auch die Risiken fehlender hochklassiger Belege für den Nutzen zu berücksichtigen (so zutreffend 2. Kap. § 13 Abs. 2 S. 5 und 6 VerfO). Jedoch gebietet der Patientenschutz ebenfalls die mit einem Ausschluss entstehenden Versorgungslücken einzubeziehen und vor allem, bloßen Verdachtsmomenten für einen potenziellen Schaden kein Übergewicht in der Abwägung zu geben. Denn auch der Schaden ist in dieser Abwägungslogik durch qualitativ angemessene Unterlagen zu belegen. Gerade bei langjährig etablierten Methoden verbietet sich dadurch ein Ansatz, der verlangt, dass die notwendigerweise im Laufe der Zeit entstehenden Schadensfälle, welche in Verbindung mit einem therapeutischen Vorgehen gebracht werden, auch ohne hinreichende Belege für einen Ursachenzusammenhang als Tatsachen angenommen werden, welche durch Nutzenevidenz gleichsam zu widerlegen sind.

2.3 Die Anwendung der Maßstäbe auf die Bewertung des Heilmittels nach Vojta

Dreh- und Angelpunkt der Bewertung etablierter Methoden ist der „allgemein anerkannte Stand der medizinischen Erkenntnisse“, dem nach § 2 Abs. 1 S. 3 SGB V die Wirksamkeit der Leistungen der GKV zu entsprechen haben und auf dessen Unterschreitung der G-BA einen Ausschluss nach § 135 Abs. 1 S. 2 und 3 i.V.m. S. 1 Nr. 1 SGB V und nach § 92 Abs. 1 S. 1 Hs. 2 SGB V stützen kann.

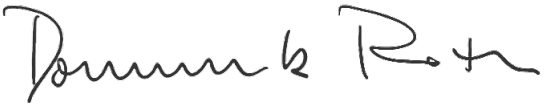
Für etablierte Leistungen wie die Vojta-Therapie ist der medizinische Standard nicht notwendigerweise auf Basis von Studien der Evidenzklasse I zu bestimmen. Vielmehr ist - wie in 2. Kap § 13 Abs. 2 VerfO auch geregelt – zu klären, ob es unangemessen wäre, Studien dieser formal höchsten Evidenz zu fordern und in einer umfassenden Abwägung von Nutzen der Intervention und möglichem Schaden auch auf niedrigerer Verlässlichkeit zu entscheiden.

Ein Ausschluss allein wegen fehlender Studien der Evidenzklasse I wäre aber nicht nur wegen der Verkennung des § 2 Abs. 1 S. 3 SGB V problematisch; auch würde dies faktische Grenzen der Evidenzgenerierung und die aus den Grundrecht der

Berufsfreiheit nach Art. 12 GG entstehenden Verfahrenspflichten missachten, weil für viele Altleistungen nie ein Anreiz oder eine finanzierbare Möglichkeit bestand, solche Evidenz zu erzeugen, und weil Gleichheitsgrundsatz sowie Vertrauens- und Berufsschutz eine einheitliche und verhältnismäßige Bewertung verlangen. Zudem erlaubt die langjährige Anwendung eine Beurteilung von Nutzen und Risiken in der Versorgung, sodass die „allgemeine Anerkennung“ durch die Fachwelt als eigenständige Erkenntnisquelle gelten darf.

Ob die Schadensberichte, welche offenbar Auslöser des Beratungsverfahrens waren, hinreichend sind, um die für ein etabliertes Heilmittel gute Nutzenevidenz in der derzeit erfolgenden Abwägung zu überwiegen, ist auch maßgeblich davon abhängig, welche Beweisqualität diese aufweisen. Der Grundsatz niemals durch Behandlung schaden zu wollen, findet jedenfalls weder in der Methodik des G-BA noch in Rechtsprechung oder den maßgeblichen Gesetzen eine dahingehende Ausprägung, dass schon der bloße Schadensverdacht, einen Ausschluss einer etablierten Leistung zu begründen vermag.

Mit freundlichen Grüßen



Dominik Roters

Anlage 1: Literaturverzeichnis

Büchner et al. (2020). Wearable Pressure Sensing for Vojta Therapy Guidance. Current Directions in Biomedical Engineering 6(3). DOI: 10.1515/cdbme-2020-3023

Epple et al (2020). Vojta therapy improves postural control in very early stroke rehabilitation: a randomised controlled pilot trial. DOI: 10.1186/s42466-020-00070-4

Czajkowska et al. (2019). The impact of early therapeutic intervention on the central pattern generator in premature newborns. Developmental Period Medicine 23(3). DOI: 10.34763/devperiodmed.20192303.178183

Giannantonio et al. (2010). Chest physiotherapy in preterm infants with lung diseases. Italian Journal of Pediatrics 36. DOI: 10.1186/1824-7288-36-65

Ha & Sung (2018). Effects of Vojta approach on diaphragm movement in children with spastic cerebral palsy. Journal of Exercise Rehabilitation 14(6). DOI: 10.12965/jer.1836498.249

Ha, S.-Y.; Sung, Y.-H. (2021). Changes of Neural Pathways after Vojta Approach in a Child with Developmental Delay. Children (Basel, Switzerland) 8 (10). DOI: 10.3390/children8100918

Ha & Sung (2022). Vojta Approach Affects Neck Stability and Static Balance in Sitting Position of Children with Hypotonia. International Neurourology Journal 25(Suppl 2). DOI: 10.5213/inj.2142344.172

Ha & Sung (2024). Stimulus zones of Vojta method and trunk control in children with spastic-type cerebral palsy. Journal of Bodywork and Movement Therapies 38. DOI: 10.1016/j.jbmt.2024.01.020

Hohendahl et al. (2023). The Effect of Pediatric Physiotherapy on Positional Plagiocephaly. Phys Rehab Kur Med 33(06). DOI: 10.1055/a-1917-0677

Igual Blasco et al. (2023). Effects of Chest Physiotherapy in Preterm Infants with Respiratory Distress Syndrome. Healthcare 11(8). DOI: 10.3390/healthcare11081091

Jevič et al. (2023). Vojta therapy is not contraindicated in pediatric hematooncology and oncology patients. Rhebail Fyz Lek 30(3). DOI: 10.48095/ccrhfl202372

Jung et al. (2017). Vojta therapy and neurodevelopmental treatment in children with infantile postural asymmetry. Journal of Physical Therapy Science 29(2). DOI: 10.1589/jpts.29.301

Kiebzak et al. (2021). Cortisol Levels in Infants with Central Coordination Disorders during Vojta Therapy. Children 8(12). DOI: 10.3390/children8121113

Machnia, M.; Płusajski, A.; Leśniak, E.; Urazińska, K.; Kałużyński, W. (2026) Comparison of the Effectiveness of Vojta Therapy and the NDT Bobath Concept in the Treatment of Congenital Muscular Torticollis in Infants — A Retrospective Cohort Pilot Study. Journal of Clinical Medicine 15(3), 1286. DOI: 10.3390/jcm15031286

Nipaporn Konjen et al. (2022) Effectiveness of Vojta Therapy on Gross Motor Function in Children with Cerebral Palsy at GMFCS Levels 4 and 5: A Randomized Controlled Trial. Journal of the Medical Association of Thailand 105(11), 1120–1126. DOI: 10.35755/jmedassocthai.2022.11.13705

Ludewig & Mähler (1999). Krankengymnastische Frühbehandlung nach Vojta oder nach Bobath. DOI: 10.23668/PSYCHARCHIVES.11060

Martínez-Fuentes et al. (2011). Vojta Therapy, mental and motor development, and infant attachment in biological risk population. AP 8(2). DOI: 10.5944/ap.8.2.192

Menéndez-Pardiñas et al. (2023). Effects of Vojta Therapy on the Motor Function of Children with Neuromotor Disorders: Study Protocol for a Randomized Controlled Trial. Journal of Clinical Medicine 12(23). DOI: 10.3390/jcm12237373

Sánchez-González et al. (2024). Critical review of the evidence for Vojta Therapy: a systematic review and meta-analysis. Frontiers in Neurology. DOI: 10.3389/fneur.2024.1391448

San-Martín-Gómez et al. (2026a). "Demanding, but Worth It": The Parental Experience of Home-Based Vojta Therapy for Children Presenting Global Developmental Delay. Journal of Clinical Medicine 15(1). DOI: 10.3390/jcm15010045

San-Martín-Gómez et al. (2026b). Parental Concerns and Active Participation in Home-Based Vojta Therapy for Children with Global Developmental Delay. Healthcare 14(1). DOI: 10.3390/healthcare14010104

Sanz-Mengibar et al. (2021). Is the implementation of Vojta therapy associated with faster gross motor development in children with cerebral palsy? Ideggyogyaszati szemle 74(9–10). DOI: 10.18071/isz.74.0329

Strojek et al. (2022). Assessment of the Emotional State of Parents of Children Starting the Vojta Therapy. International Journal of Environmental Research and Public Health 19(17). DOI: 10.3390/ijerph191710691

Sung & Ha (2020). The Vojta approach changes thicknesses of abdominal muscles and gait in children with spastic cerebral palsy. Technology and Health Care 28(3). DOI: 10.3233/THC-191726

Thiesen-Hutter, M. (1982). Psychologie und Neurophysiotherapie Vojtas. Köln, Diss., Stuttgart: Enke

Torró-Ferrero et al. (2022). Effect of physical therapy on bone remodelling in preterm infants. BMC Pediatrics 22(1). DOI: 10.1186/s12887-022-03402-2

Trafalska & Paprocka-Borowicz (2025). The Role of the Vojta Method in Diagnosing and Enhancing Motor Skills in Preterm Infants. Medical Science Monitor 31. DOI: 10.12659/MSM.945495

Ungureanu et al. (2022). Balance Rehabilitation Approach by Bobath and Vojta Methods in Cerebral Palsy. Children 9(10). DOI: 10.3390/children9101481

Velázquez-Iglesias et al. (2025). Postural Analysis in Ventral and Dorsal Decubitus Babies Using Deep Learning Techniques: A Protocol Study. https://www.mdpi.com/2077-0383/14/9/3096

Vojta (2018). Die zerebralen Bewegungsstörungen im Säuglingsalter – Frühdiagnose und Frühtherapie, 10. Auflage, Internationale Vojta Gesellschaft e.V. Siegen

Anlage 2: Laufende und vor kurzem beendete Studien[6]

NCT07291128	Effects of VOJTA Technique on Ataxic Cerebral Palsy. Study Start 2025-12-08 / Study Completion estimated 2026-05
NCT07244952	Effects of Vojta Therapy on Posture and Trunk Control Study Start 2025-11-15 / Study Completion estimated 2026-08-30
NCT07307001	Vojta Therapy Versus Conservative Therapy for Patients With Stroke Study Start 2026-02-02 / Completion estimated 2026-07-30
NCT07248267	Effects of Vojta Therapy on Functional Mobility and Gait Parameters in Children With Down Syndrome Study Start 2025-10-22 / Completion estimated 2026-01-30 – noch nicht veröffentlicht
NCT07296003	Motor Development and Early Predictors of Psychomotor Outcomes in Preterm and Term Infants Assessed by MOS-R and Caregiver Questionnaire at 18 and 36 Months Study Start 2024-04-19 / Completion estimated 2027-07-30
NCT06905457	Comparative Effect of Vojta Therapy and Bobath Therapy on Lower Limb Spasticity and Motorcity Among HS 2025-11 / published DOI 10.55735/6qp6st77
NCT07331948	Influence of Vojta Therapy in cerebral palsy. Infantile Hemiparesis Study Start 2024-01-22 / last update 2026-01-12
NCT06092619	Children With Neuromotor Disorders Menéndez-Pardiñas et al.

[6] Aus clinicaltrials.gov und DRKS - Deutsches Register Klinischer Studien; keine Vollständigkeitsgewähr.

	Study Start 2024-01-01 / Completion estimated 30-06-2025, laut Investigatoren noch in der Rekrutierungsphase
DRKS00034699	Effect of Goal Attainment Scale (GAS) on Vojta Therapy Outcomes in Infants with Postural Asymmetry Study Start 2024-10-19 / Completion estimated 2026-11-27
DRKS00026667	Measurement of the automatic regulation of trunk posture in children with cerebral palsy using inertial measurement Units to quantify the results of a physiotherapy Intervention: pilot study. Study Start 2023-06-05 / Completion estimated 2026-10-31

Anhang:

- Deutsche Übersetzung der Studie von Jevič et al. (2023, Vojta therapy is not contraindicated in pediatric hematooncology and oncology patients)

Gemeinsamer Bundesausschuss

Stellungnahme zur Änderung der Heilmittel-Richtlinie: Überprüfung der Regelungen zur Krankengymnastik zur Behandlung von ZNS-Erkrankungen (KG-ZNS und KG-ZNS-Kinder) insbesondere aufgrund von Hinweisen aus der Versorgung

VeBID (Verein der Bobath InstruktorInnen IBITA Deutschland und Österreich e.V.)	
29. Juni 2026	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	**Begründung**
1. Öffnung der Abrechnungspositionen KG-ZNS-Kinder und KG-ZNS für weitere therapeutische Verfahren neben den klassischen Konzepten (Vojta, PNF, Bobath). 2. Verpflichtende Weiterbildung mit standardisierten und curricularen Vorgaben als Voraussetzung für die Abrechnung der Position KG-ZNS im Erwachsenenbereich. 3. Umfang der Weiterbildung (im KG-ZNS-Erwachsenenbereich aktuell 150 Unterrichtsstunden) und inhaltliche Ausgestaltung (Theorie, Praxis, supervidierter Patientenkontakt) als Maßstab für neue Verfahren. 4. Fokus auf die praktische Umsetzung theoretischer Kenntnisse in die Anwendung am Patienten während der Kurse. 5. Verbindliche Implementierung einer unabhängigen, standardisierten	Wir begrüßen ausdrücklich die sachliche Diskussion zur Anwendung und zum Nutzen therapeutischer Verfahren im Rahmen der Abrechnungspositionen KG-ZNS-Kinder und KG-ZNS. Die Überlegung, diese Positionen nicht ausschließlich den Anbietern der klassischen Konzepte (Vojta, PNF und Bobath) vorzubehalten, sondern auch für andere therapeutische Verfahren zu öffnen, halten wir für zeitgemäß: beispielsweise die Anwendung von Spiegeltherapie bei Paresen mit Kraftgrad < 3, oder gewichtsentlastendes Gehtraining bei nicht gehfähigen Patienten (Nelles et al. 2023). Gleichzeitig möchten wir darauf hinweisen, dass sich die ursprüngliche Kritik an der Abrechnungsposition KG-ZNS-Kinder vor allem auf die Behandlung nach Vojta bezogen hat. Es ist bemerkenswert, dass das Ergebnis der aktuellen Diskussion nun jedoch alle Positionen ohne Ausnahme betrifft. Dies stellt eine überraschende Wendung in der inhaltlichen Auseinandersetzung dar. Sollte im Ergebnis eine Öffnung der Abrechnungspositionen für weitere therapeutische Konzepte erfolgen, möchten wir betonen, dass die Qualitätssicherung der jeweiligen Verfahren durch unabhängige Dachorganisatoren und nicht durch Weiterbildungsanbieter gewährleistet sein muss – wie es beispielsweise im Bobath-Konzept durch den VeBID erfolgt. Hierbei wird sichergestellt, dass für die Abrechnung der Position KG-ZNS im Erwachsenenbereich eine Weiterbildung erforderlich ist, die durch standardisierte und curriculare Vorgaben einen Kompetenznachweis der Kursteilnehmer garantiert (Hengelmolen-Greb 2016; Hengelmolen-Greb 2025), und somit die vom GBA und den Kostenträgern erwartete und geforderte Therapiequalität sichert (Pfeifer et al. 2025; GBA 2026). Ein besonderer Fokus sollte dabei auf der praktischen Umsetzung theoretischer Kenntnisse in die Anwendung am Patienten liegen. Bobath-Weiterbildungen befähigen

VeBID (Verein der Bobath InstruktorInnen IBITA Deutschland und Österreich e.V.)	
29. Juni 2026	
Qualitätssicherung nach dem Vorbild etablierter Konzepte als Voraussetzung für die Öffnung der Abrechnungspositionen.	Therapeuten dazu Wissen aus der Neuropathologie, Grundsätze des motorischen Lernens und evidenzgeprüfte therapeutische Verfahren an die krankheits- und Lebenssituation von Patienten anzupassen, den Transfer von Therapieinhalten in den Alltag zu ermöglichen und Angehörige in die Therapie einzubinden (Marques et al., 2025, 2026, Vebid 2022). Im Bsp. der Bobath-Weiterbildung werden die für Deutschland verbindlichen curriculare Manuale des VeBID und des Vereins Bobath-Zukunft regelmäßig überarbeitet, entsprechend der aktuellen Evidenz (VeBID 2022; Grafmüller-Hell und Klemme 2023). In der Bobath-Weiterbildung für Erwachsene werden zudem die Unterrichtsinhalte durch einen standardisierten Qualitätssicherungsbogen von jedem Kursteilnehmer evaluiert, von dem VeBID analytisch ausgewertet und veröffentlicht, um Transparenz über Kursinhalte und den aktuellen Stand der Therapie zu gewährleisten (Hengelmolen-Greb 2016, 2025). Wir fordern daher, dass auch neue Therapieverfahren sich an diesem hohen Standard der Qualitätssicherung der Kursinhalte orientieren. Dies betrifft sowohl den Umfang der Weiterbildung (im KG-ZNS-Erwachsenenbereich aktuell 147 Zeitstunden) als auch die inhaltliche Ausgestaltung (Theorie, Praxis und supervidierter Patientenkontakt). Die Kontrolle und Sicherstellung dieser Qualitätsstandards sollte durch eine unabhängige Dachorganisation wie den VeBID erfolgen und nicht allein in der Verantwortung einzelner Fortbildungsanbieter liegen. Zusammenfassend sprechen wir uns für eine Öffnung der Abrechnungspositionen aus, sofern eine unabhängige, standardisierte Qualitätssicherung nach dem Vorbild etablierter Konzepte wie Bobath verbindlich implementiert wird. Ergänzend möchten wir darauf hinweisen, dass die von Ihnen in Anlage-2 "Tragende Gründe zum Beschlussentwurf" auf S. 18 verwendete Beschreibung der Bobath-Therapie, sie hemme pathologische Reflexe und fördere physiologische Bewegungsabläufe durch gezieltes Handling so bereits seit langem nicht mehr zutrifft. Die Definition, und die klinische Vorgehensweise der Bobath-Therapie wurde für die Kinder - und Erwachsenentherapie überarbeitet (Grafmüller-Hell und

	Klemme 2023; Mayston et al. 2023; Michielsen et al. 2019; Vaughan-Graham et al. 2020).

Literaturverzeichnis

GBA (2026): Tragende Gründe zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie: Überprüfung der Regelungen zur Krankengymnastik zur Be-handlung von ZNS-Erkrankungen (KG-ZNS und KG-ZNS-Kinder). Anlage 2. Hg. v. Gemeinsamer Bundesausschuss. Gemeinsamer Bundesausschuss. Online verfügbar unter www.g-ba.de, zuletzt geprüft am 21.06.2026.

Grafmüller-Hell, Ch.; Klemme, B. (2023): Curriculum Weiterbildungslehrgang Bobath Grundkurs. zur Behandlung von Säuglingen, Kindern und Erwachsenen mit Entwicklungs- und Bewegungsstörungen. Hg. v. Gemeinsame Konferenz der deutschen Bobath_Kurse e.V. Gemeinsame Konferenz der Bobath-Kurse. Online verfügbar unter https://bobath-kurse.de/wp-content/uploads/2023/06/Bobath-Curriculum-G.K.B.-2023.pdf, zuletzt geprüft am 10.11.2023.

Hengelmolen-Greb, A. (2016): Bobath-Konzept – Überprüfung der Lehrinhalte von Bobath-Grundkursen: Enthält der Lehrplan evidenzbasierte Maßnahmen? In: physioscience 12 (01), S. 17–25. DOI: 10.1055/s-0035-1567066.

Hengelmolen-Greb, Anke (2025): Das Bobath Konzept - Überprüfung der Lehrinhalte von Bobath Grundkursen. Enthält der Lehrplan evidenzbasierte Maßnahmen? Eine Querschnittsstudie. In: Bewegung und Entwicklung 48, S. 74–99. Online verfügbar unter https://www.vebid.de/fileadmin/pdf/hengelmolen-greb-a-2025-das-bobath-konzept-berprfung-der-lehrinhalte-von-bobath-grundkursen_1765992668.pdf, zuletzt geprüft am 11.02.2026.

Mayston, Margaret J.; Saloojee, Gillian M.; Foley, Sarah E. (2023): The Bobath Clinical Reasoning Framework: A systems science approach to the complexity of neurodevelopmental

conditions, including cerebral palsy. In: Developmental medicine and child neurology. DOI: 10.1111/dmcn.15748.

Michielsen, Marc; Vaughan-Graham, Julie; Holland, Ann; Magri, Alba; Suzuki, Mitsuo (2019): The Bobath concept - a model to illustrate clinical practice. In: Disability and rehabilitation 41 (17), S. 2080–2092. DOI: 10.1080/09638288.2017.1417496.

Pfeifer, Klaus; Geidl, Wolfgang; Jung, Andrés (2025): Bewegungsförderung in der medizinischen Rehabilitation. Hg. v. Deutsche Rentenversicherung. Online verfügbar unter file:///C:/Users/cpusc/Downloads/Praxisempfehlung-Bewegungstherapie-lang.pdf, zuletzt aktualisiert am 2025, zuletzt geprüft am 07.06.2026.

Vaughan-Graham, Julie; Cheryl, Cott; Holland, Ann; Michielsen, Marc; Magri, Alba; Suzuki, Mitsuo; Brooks, Dina (2020): Developing a revised definition of the Bobath concept: Phase three. In: Physiotherapy research international : the journal for researchers and clinicians in physical therapy 25 (3), e1832. DOI: 10.1002/pri.1832.

VeBID (2022): Curriculares VeBID Manual für den IBITA anerkannten Bobath Grundkurs. VeBID. Online verfügbar unter https://www.vebid.de/media/curriculum/html5.html#/24, zuletzt aktualisiert am Juli 2022, zuletzt geprüft am 20.02.2025.

Wortprotokoll

einer Anhörung zum Beschlussentwurf 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 21. August 2026

Vorsitz	Herr Dr. van Treeck
Beginn:	10:30 Uhr
Ende:	11:11 Uhr
Ort:	Videokonferenz des Gemeinsamen Bundesausschuss Gutenbergstraße 13, 10587 Berlin

Teilnehmer der Anhörung

Bobath Zukunft! e.V.
Frau Munsch
Frau Lübken

Bundesverband für Ergotherapeut:innen in Deutschland e.V.
Herr Brünger

SHV – Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V.
Frau Pleus

Deutsche Gesellschaft für Physiotherapiewissenschaften (DGPTW) e. V.
Frau Prof. Dr. Saal

Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ) e.V.
Herr Prof. Dr. Mall

Deutschsprachige Medizinische Gesellschaft für Paraplegiologie (DMGP) e. V.
Herr Prof. Dr.-Ing. Rupp

Deutsche Gesellschaft für interdisziplinäre Neurorehabilitation (DGiNR) e. V.
Herr Prof. Dr. Platz
Herr Prof. Dr. Elsner

Internationale Vojta Gesellschaft e. V.

Frau Jakob

Herr Dr. Petri

Beginn der Anhörung: 10:30 Uhr

(Die angemeldeten Teilnehmer sind der Videokonferenz beigetreten.)

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Guten Morgen! Willkommen beim zweiten Anlauf zur Sitzung des Unterausschusses Veranlasste Leistungen:

> **Änderung der Heilmittel-Richtlinie: Überprüfung der Regelungen zur Krankengymnastik zur Behandlung von ZNS-Erkrankungen (KG-ZNS und KG-ZNS-Kinder)**

Beim letzten Mal hatten wir technische Probleme, zum Glück war es nichts Sicherheitsrelevantes, es wurde behoben. Heute gibt es weltweit Probleme mit Webex. Ich hoffe, dass uns das die Anhörung nicht erneut zerschießt.

Zum Prozedere: Dieses Meeting bzw. diese Anhörung wird aufgezeichnet. Bitte nennen Sie deshalb vor jedem Wortbeitrag Ihren Namen, sodass dieser entsprechend mitgeschrieben werden kann. Wenn Sie gleich eine Wortmeldung haben, schreiben Sie bitte ein „X“ in den Chat. So können wir sehen, in welcher Reihenfolge Sie sich gemeldet haben.

Ich beginne aber zunächst damit abzufragen, wer anwesend ist, und bitte Sie dann zu sagen, dass Sie da sind bzw. mit einem „Ja“ zu antworten. Und damit starten wir jetzt auch. Ich beginne mit der Bobath Zukunft! e. V. und frage, ob Frau Karoline Munsch da ist.

Frau Munsch (Bobath Zukunft!): Ja.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Guten Morgen! – Und Andrea Lübken, sind Sie auch da? – Man kann Sie im Moment nicht hören. Sie sind aber da nach Aussage der Technik. Wir brauchen ein Wortprotokoll und nur das gesprochene Wort zählt an der Stelle. Frau Lübken, wir hören Sie im Moment leider nicht. Vielleicht wählen Sie sich einfach noch mal ein, um das Problem zu beheben, von unserer Seite können wir leider nichts machen, ich frage dann gleich noch mal. – Okay, der Bundesverband der Ergotherapeut:innen, Volker Brünger. Sagen Sie bitte „Ja“, wenn Sie da sind, was wir zwar sehen, aber wir brauchen trotzdem ein „Ja“.

Herr Brünger (BED): Ja, guten Morgen, anwesend.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Okay. – Dann der SHV – Spitzenverband der Heilmittelverbände, Johanna Pleus.

Frau Pleus (SHV): Ja.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Guten Morgen! – Dann die Deutsche Gesellschaft für Physiotherapiewissenschaften, Prof. Susanne Saal.

Frau Prof. Saal (DGPTW): Ja, ich bin da.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Guten Morgen! – Die Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin, Prof. Volker Mall.

Herr Prof. Mall (DGSPJ): Ja, guten Morgen zusammen.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Guten Morgen! – Die Deutschsprachige Medizinische Gesellschaft für Paraplegiologie, Prof. Rüdiger Rupp.

Herr Prof. Rupp (DMGP): Anwesend.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Guten Morgen! – Die Deutsche Gesellschaft für interdisziplinäre Neurorehabilitation, Prof. Thomas Platz, sind Sie da?

Herr Elsner (DGiNR): Morgen, Elsner hier, auch DGiNR, ich weiß, Herr Platz wählt sich gerade ein, er hatte Probleme mit den Zugangsdaten.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Okay, damit begrüße ich dann Prof. Bernhard Elsner. – Die Internationale Vojta Gesellschaft vertreten durch Birgit Jakob.

Frau Jakob (IVG): Ja, guten Morgen!

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Guten Morgen! – Und Dr. Holger Petri.

Herr Dr. Petri (IVG): Ja, guten Morgen!

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Sehr schön. – Dann sind wir jetzt fast vollständig. Ich beginne jetzt. Sie werden jetzt nacheinander die Möglichkeit haben, Dinge, die sich nach Ihren Stellungnahmen, die dem Unterausschuss bekannt sind, vorzutragen und noch mal zentrale Punkte nacheinander kurz hervorzuheben, danach hat der Unterausschuss die Möglichkeit - das ist das eigentliche Ziel der Anhörung -, Fragen an Sie zu stellen. Und wir beginnen mit der Bobath Zukunft! e. V., wer von Ihnen beiden möchte vortragen?

Frau Munsch (Bobath Zukunft!): Ich würde beginnen, guten Morgen!

Wir begrüßen ausdrücklich, dass die Beschreibung der Heilmittelposition KG-ZNS-Kinder - also für die können wir natürlich vorwiegend sprechen - unsere Organisation, die Lehrenden in der Neuropädiatrie, das ist die Vereinigung, überarbeitet wird, weil die bisherige Beschreibung veraltet ist und in wesentlichen Punkten nicht mehr dem aktuellen Stand entspricht.

Aber gleichzeitig erstaunt es uns, dass eine Expertenbefragung, deren Ausgangspunkt die Vojta-Therapie - also es ging ja um Hinweise aus der Versorgung zur Vojta-Therapie -, dass daraus grundlegende Neubeschreibungen der Heilmittelposition abgeleitet werden, und entsprechend möchten wir darum bitten, doch auch da noch mal zu gucken, in der Ausformulierung der Heilmittelposition, dazu komme ich vielleicht gleich noch mal kurz, hier doch die entsprechenden eigenen Prozesse für solch eine Neuformulierung zu berücksichtigen.

Wir haben dies vor allen Dingen auch – wichtig ist uns, dass wir die Zusammenfassung der Heilmittelposition KG-ZNS-Kinder und KG-ZNS für nicht zielführend halten. Es ist in der Pädiatrie gültig, dass Kinder keine kleinen Erwachsenen sind, es sind vollständig andere Prozesse zu berücksichtigen. Wir haben es hier mit Dynamiken zu tun, mit den Kindern in der Behandlung, der Kinder mit Wachstum, Entwicklung und Reifung, die einen ganz gesonderten Umgang mit dem familiären Umfeld – und würden hier dafür plädieren, diese Position nicht zusammenzuführen.

Dann haben wir noch einen Punkt: Die Neufassung der Heilmittelposition sollte eher Therapieprozesse und Komponenten der Prozesssteuerung enthalten und nicht primär die Aneinanderreihung einzelner Maßnahmen. Der Heilmittel-Report des Wissenschaftlichen Instituts der AOK aus diesem Frühjahr hat hier besonders aufgeführt, dass unter dem Aspekt - oder unter der Berücksichtigung dessen - die Mengenausweitung therapeutischer Leistungen noch mal zu betrachten ist: Was ist da das Problem? –, dass eben genau die Auffassung, dass Therapie eine Ansammlung an Einzelmaßnahmen ist, eher zur Mengenausweitung in den komplexen Handlungsfeldern führt. Und entsprechend würden wir dafür plädieren, hier noch mal die Ausformulierung des Heilmittels neu zu betrachten und hier die Komponenten der Prozesssteuerung und die Therapieprozesse zu betrachten und nicht so stark, wie jetzt hier erfolgt, einzelne Maßnahmen hintereinander zu setzen, weil wir glauben, dass dies eher zu einer Mengenausweitung in komplexen Handlungsfeldern führt.

Wir unterstützen das Vorhaben des G-BAs, die Labels von komplexen Interventionen wie Bobath und Vojta aus dem Titel der Heilmittelposition herauszunehmen. Auch wenn wir selbst in der Traditionslinie Bobath arbeiten und lehren, ist es nicht zielführend, den Label nur zu nehmen, sondern eher zu sehen: Was ist enthalten, was ist da drin? – und das auch in der erforderlichen Zusatzausbildung festzuschreiben.

Uns sind noch zwei Dinge aus ethischen Gründen ganz wichtig: In den Tragenden Gründen sehen wir zwei Aussagen, die wir wirklich für bedenklich halten und für die wir keine Grundlage sehen. Das eine ist die Aussage zu Schreien und Stressreaktionen von Säuglingen und Kindern. Hier gibt es keine Grundlage für die Aussage, die an mehreren Stellen genannt bzw. aufgeführt wird, dass dies eher als ein Ausdruck von Anstrengung oder sogar als ein Ausdruck von Verweigerung von Anstrengung zu deuten ist. In der Neuropsychologie oder in der Kinderheilkunde ist keine Grundlage dafür bekannt, und entsprechend würden wir Sie bitten, dies noch mal zu überprüfen.

Und ebenso, dass gerade Kinder mit schweren kognitiven oder mehrfachen Beeinträchtigungen besonders von Vojta profitieren. Das würden wir auch noch mal sehr zu bedenken geben. Auch hierfür kennen wir keinerlei wissenschaftliche Grundlagen, sondern gerade diese vulnerable Patientengruppe benötigt eine besonders hohe Responsivität der Bezugspersonen. Und gerade bei eingeschränkter Ausdrucksfähigkeit, sprachlicher Ausdrucksfähigkeit, halten wir es für wichtig, dass die nonverbalen Belastungssignale besonders feinfühlig aufgenommen und berücksichtigt werden. Also auch dies taucht an mehreren Stellen in den Tragenden Gründen auf und da bitten wir um eine Überprüfung aus ethischer Sicht.

Ich glaube, das wäre für uns der erste Schritt. Ich denke, Sie kennen unsere Kommentare, da haben wir sehr viel länger ausgeführt, auch warum wir die Evidenzsynthese in der starken Berücksichtigung der Novak-Reviews nicht für überzeugend halten.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Danke schön. – Möchten Sie ergänzen, Frau Lübken? – Okay, ich höre jetzt nichts. Dann würde ich weitergehen zum Bundesverband der Ergotherapeut:innen. Herr Brünger, was möchten Sie vortragen?

Herr Brünger (BED): Ich kann inhaltlich – – Da waren jetzt ein paar Nebengeräusche, ich hoffe – –

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Ja, machen Sie einfach weiter, ich glaube, da war ein weiteres Mikro offen, das Problem müsste jetzt gelöst sein, Herr Brünger. – Jetzt hören wir gerade gar nichts, ich weiß nicht, ob Sie sprechen, wir sehen auch nichts.

Herr Brünger (BED): Wir können inhaltlich auf unsere Stellungnahme verweisen, für uns haben sich keine neuen Erkenntnisse ergeben.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Tut mir leid, Sie sind nur sehr abgehackt und nicht in ganzen Sätzen zu verstehen. Ich vermute, Sie haben weitere technische Probleme. Ich habe es so verstanden: Sie verzichten auf einen mündlichen Vortrag, weil sich keine neuen inhaltlichen Punkte ergeben haben. – Sie stehen für Fragen zur Verfügung, richtig? – Okay, ich sehe einen Daumen hoch, danke schön. – Dann kommen wir jetzt zum SHV und Frau Pleus.

Frau Pleus (SHV): Ich bedanke mich im Namen des SHVs für die Möglichkeit zur Abgabe einer Stellungnahme. Auch wir haben unserer schriftlich abgegebenen Stellungnahme keine neuen Erkenntnisse hinzuzufügen und ich stehe für Rückfragen zur Verfügung.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Vielen Dank, Frau Pleus. – Die Deutsche Gesellschaft für Physiotherapiewissenschaften, Prof. Saal.

Frau Prof. Saal (DGPTW): Ich fasse ganz kurz zusammen: Wir begrüßen die Konzeptoffenheit, wir freuen uns über die Festlegung des Rahmens der erforderlichen Zusatzqualifikationen, die sich jetzt über diese Konzeptoffenheit ja dann daraus ergeben, sehr gern unter Einbezug der einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften und auch unter Berücksichtigung internationaler Kompetenzprofile, die die neurologische Therapie auch schon weiterdenken, sehr gern in der Tiefe von Mindestkompetenzen und Mindestinhalten, wie sie beispielsweise die Deutsche Krankenhausgesellschaft für die Fachweiterbildung der Pflege denkt, in dem Detailgrad. Dort sind auch regelmäßige Auffrischungsfortbildungen vorgesehen, also nicht nur eine einmalige Zusatzqualifizierung, sondern auch, dass sie sehen, wir denken im Rahmen der Qualitätssicherung und Entwicklung.

Wir würden auch bei der Zertifizierung solcher Angebote für solche erforderlichen Zusatzqualifikationen natürlich auch Leitlinienorientierung und Evidenzbasierung als wesentliches Zertifizierungskriterium sehen und machen uns dafür stark. Und sollten einschlägige Masterprogramme im Bereich der Neurotherapie und Neurorehabilitation dann diesen Rahmenkriterien der Zusatzqualifikation entsprechen, wäre es aus unserer Sicht sehr wünschenswert, wenn da auch für KG-ZNS/KG-ZNS-Kinder dann eine Anerkennung möglich wäre.

Und aus Sicht der Leitlinienentwicklung sehen wir, dass der begleitende Einsatz gerätegestützter Bewegungstherapie sehr sinnvoll und evidenzbasiert ist. Wir haben aber jetzt im Rahmen von KG-ZNS gar keine Möglichkeit, Geräteeinsatz mit geltend zu machen und KG-Gerät ist im Moment im Neurobereich so auch nicht möglich im Heilmittelkatalog; für uns ist ein wesentlicher Punkt, evidenzbasierte Neurotherapie umsetzen zu können. – Vielen Dank.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Danke schön, Frau Prof. Saal. – Dann kommen wir jetzt zur Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie, Prof. Mall.

Herr Prof. Mall (DGSPJ): Vielen Dank. – Wir begrüßen die Novelle grundsätzlich und halten es auch für konsequent, dass die beiden Schulen Bobath und Vojta nicht mehr explizit erwähnt und auch nicht mehr ausschließlich aufgeführt werden. Drei Punkte halten wir bei den jetzigen Vorschlägen noch für verbesserungswürdig.

Erstens: Wenn die Therapie beschrieben wird und was gemacht werden soll, ist es noch sehr im traditionellen Muster. Das heißt, es werden strukturelle Dinge nach oben hierarchisiert und Teilhabe nach unten. Das sollte man genau umgekehrt machen. Also Teilhabe als Therapieziel muss an Platz 1, das muss unseres Erachtens besser herausgearbeitet werden.

Zweitens: Ihr Monitoring der Therapie beschränkt sich im Moment auf ein Nebenwirkungsmonitoring. Das ist überhaupt nicht nachvollziehbar. Das Monitoring sollte auf die Effizienz der Therapie fokussieren. Also es sollte gefordert werden, dass standardisierte Evaluationsinstrumente zur Effizienzkontrolle eingesetzt und nicht die Nebenwirkungen in den Vordergrund gestellt werden, die auch nicht bei den Therapien, egal welche man anwendet, im Vordergrund stehen.

Drittens: Sie schließen zum jetzigen Zeitpunkt die Gruppentherapie aus. Das führt zu einer Fehlversorgung. Wir haben zu wenig Angebote bezüglich Gruppentherapie, die sollte an dieser Stelle bei KG-ZNS-Kinder explizit aufgenommen werden. – Vielen Dank.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Danke schön, Herr Prof. Mall. – Dann folgt jetzt die Deutschsprachige Medizinische Gesellschaft für Paraplegiologie, Prof. Rupp.

Herr Prof. Rupp (DMGP): Guten Morgen! Wir haben unserer schriftlichen Ausführung auch nichts hinzuzufügen, aber ich möchte trotzdem aufgrund der Meinungsbildung hier unsere Stellungnahme noch einmal kurz zusammenfassen.

Wir unterstützen die Beschlussfassung vollumfänglich vonseiten der Deutschsprachigen Medizinischen Gesellschaft für Paraplegiologie, die sich hauptsächlich mit erwachsenen Menschen mit Querschnittlähmung beschäftigt. Wir begrüßen die indikationsbezogene, nicht mehr konzeptbezogene Fassung, vor allem deswegen - und ich möchte hier an die Ausführungen von Prof. Saal anschließen -, weil tatsächlich funktionsorientierte, evidenzbasierte Physiotherapien, wie wir sie in unseren Leitlinien seit vielen Jahren fordern, sich deutlich stärker in der Versorgungspraxis etablieren können und hier auch die Möglichkeit gegeben wird, dass gerade auch gerätegestützte Verfahren hier dann durchaus effizient eingesetzt werden können.

Wir begrüßen aber auch, dass es tatsächlich einen reibungslosen, kontinuierlichen Übergang geben kann, in dem Konzepte nicht abgeschafft werden, sondern die Fassung letztlich modernisiert wird, sodass die Versorgungspraxis nicht komplett umgeworfen, sondern ein reibungsloser Übergang möglich sein wird. – Vielen Dank!

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Danke schön! – Dann kommen wir zur Deutschen Gesellschaft für interdisziplinäre Neurorehabilitation. Wer von Ihnen beiden möchte? Herr Prof. Elsner war eben als Einziger da. Ist Herr Prof. Platz jetzt auch da?

Herr Prof. Platz (DGiNR): Ja, jetzt habe ich es auch geschafft, entschuldigen Sie, ich hatte technische Probleme mit der Einwahl.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Wer von Ihnen beiden möchte vortragen?

Herr Prof. Platz (DGiNR): Herr Elsner, wollen Sie starten und ich ergänze? Wenn er das jetzt nicht hören kann, dann mache ich das sehr gern. Vielen Dank.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Danke, Herr Prof. Platz. Machen Sie das bitte.

Herr Prof. Platz (DGiNR): Vielen Dank für die Möglichkeit, dass wir heute hier auch mit vortragen dürfen.

Die Position KG-ZNS spielt in der Versorgung von Personen mit Hirnschädigungen tatsächlich eine sehr große Rolle in der ambulanten Versorgung, insofern ist sie von großer Bedeutung. Und wenn man diese Position liest, entschuldigen Sie die Ausdrucksweise, stellt man fest, dass sie sehr alt ist und überhaupt nicht mehr dem entspricht, was Stand der Wissenschaft ist. Das haben die Vorredner in der einen oder anderen Form ausgeführt, aber ich glaube, dass die ganze Diktion dessen, was da steht, tatsächlich neu gefasst werden müsste, das geht so nicht mehr, das ist irgendwo in der Mitte des letzten Jahrhunderts verhaftet.

Was wir tatsächlich brauchen, ist eine leistungsstarke Physiotherapie. Denn wir erleben eine Zunahme durch die psychologischen Veränderungen von alltagsrelevanten Behinderungen und die bedürfen auch im ambulanten Bereich einer entsprechend qualifizierten Betreuung. Nur diese qualifizierte Betreuung hat inzwischen ein anderes Framing. Wir brauchen diese personenzentrierte, Assessment basierte, zielorientierte Behandlung. Wir brauchen ein Evidence-to-Decision-Framework. Also natürlich ist es so, dass die Behandlung individualisiert stattzufinden hat, aber wenn man bestimmte Behandlungsziele hat und ein bestimmtes Muster an Schädigung und Aktivitätslimitierung und Teilhabeeinschränkung, dann bedarf es eben der Auswahl sehr spezifischer Interventionen, was man sonst auch evidenzbasierte Medizin nennt. Und diese ganze rehabilitative Denkweise ist unbedingt erforderlich und möglichst schnell in die Praxis umzusetzen. Und wir sehen leider durch die Formulierung

dieser Heilmittelkatalogposition eher eine Barriere als eine Fazilitation einer wirklich adäquaten Versorgung. Deshalb würde aus unserer Sicht sehr viel dafür sprechen, dass man den heutigen Stand der Wissenschaft in diesen Heilmittelkatalog einbringt, und als Fachgesellschaft wären wir auch gern bereit, unseren Beitrag zu leisten.

Also ich glaube, dass diese Positionen, wie sie jetzt da stehen, nicht mehr dem Stand der Wissenschaft entsprechen und dass es hier grundlegend eine richtungsweisende Änderung im Sinne evidenzbasierter Medizin gibt. Das heißt, dahinter stecken dann auch Qualifikationen. Zum Beispiel gibt es inzwischen Studiengänge Neurorehabilitation, die sicherlich viel eher geeignet sind, eine entsprechende Qualifikation darzustellen, um das in die Praxis zu bringen. Dahinter gehört aber auch, wie Prof. Rupp und Herr Mall schon sagten, dass man weiterdenkt. Und wir haben rehabilitationstechnologische Verfahren, die eine große Rolle spielen, die heutzutage nicht abbildbar sind, weil das Gerätegestützte doch sehr in den Wirbelsäulenschädigungen, Schmerz, muskuloskelettalen Bereich verortet ist und in der ambulanten Versorgung deswegen auch das, was den Menschen tatsächlich eine Funktionsverbesserung bringt, nicht zur Anwendung kommen kann, nicht abgebildet ist.

Vielleicht in diesem Sinne erst mal ein relativ allgemein gefasstes Plädoyer für eine auch wirklich grundlegende Veränderung. Andere Länder machen das auch und sind da zum Glück, kann man sagen, aus Sicht der betroffenen Versorgung schon deutlich weiter als wir. – Vielen Dank.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Danke schön. – Herr Elsner, wollen Sie ergänzen?

Herr Elsner (DGiNR): Danke, keine Ergänzung.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Danke, Herr Prof. Elsner. – Dann kommen wir zur Internationalen Vojta-Gesellschaft. Wer von Ihnen beiden möchte vortragen?

Frau Jakob (IVG): Sehr geehrte Frau Dr. Pfenning! Sehr geehrter Herr Dr. van Treeck! Sehr geehrte Anwesende! Vielen Dank, dass wir uns heute im Namen der IVG einbringen können.

Seit Jahrzehnten ist die Vojta-Therapie etablierter Bestandteil der Versorgung. Sie hat tausendfach Menschen zu mehr Lebensqualität verholfen. Wir als IVG setzen uns dabei konsequent für mehr Evidenz und für die Qualifikation von Physiotherapeut:innen und auch Ärzt:innen ein; so stellen wir sicher, dass die Therapie stetig optimiert wird.

Als IVG begrüßen wir ausdrücklich die Ausrichtung der Heilmittel-Richtlinie an den ICF-Kriterien, genauso auch die Überprüfung durch den Unterausschuss. Wir sehen darin nämlich die Chance, die Versorgung weiter zu verbessern und auch kritische Bedenken fundiert einzuordnen. Dazu möchte ich vier zentrale Punkte vorwegschicken:

Erstens: Das Wirkprinzip der Vojta-Therapie unterscheidet sich von jenen anderer etablierter Therapien. Aufgabenorientiertes Üben setzt eine funktionierende Willkürmotorik voraus. Diese steht bei pädiatrischen und auch neurologischen Patienten in der Regel nicht oder nur teilweise zur Verfügung. Die Vojta-Therapie bahnt den Zugang zum Nervensystem, und dadurch wird überhaupt erst die Basis für gezielte Aktivität geschaffen. An dieser Stelle stößt die herkömmliche Physiotherapie an ihre Grenzen. Und die von Prof. Mall angesprochene Schwerpunktlegung auf die Teilhabe kann ich vollumfänglich unterstützen. Ich sehe darin aber keinen Widerspruch zur Verbesserung von Strukturen und Funktionen, da ja gerade auch im Sinne der ICF diese Verbesserungen nötig sind, um die Teilhabe überhaupt zu vergrößern.

Zweitens ist uns wichtig: Es gibt keinen Nachweis für ein Schädigungspotenzial. Die Sorgen vor Bindungsschäden konnten durch die aktuellen Studien empirisch nicht bestätigt werden.

Unser strukturiertes Elterncoaching schützt die Bindung nachweislich und stärkt die Eltern durch eine feinfühlige Affektspiegelung.

Drittens ist uns wichtig, dass der Erhalt der Zertifikatspflicht für den Patientenschutz unverzichtbar ist. Die Ausbildung in der Physiotherapie kann naturgemäß das erforderliche Spezialwissen und vor allem die praktische Anwendung nicht in der nötigen Tiefe vermitteln. Nur die Zertifikatsweiterbildung gewährleistet die Behandlungs- und Patientensicherheit.

Und viertens: Wir brauchen einfach weiter Rechtsklarheit bei der Verordnung. Den Ärzten muss es freistehen, methodische Hinweise auf dem Rezept zu vermerken. Die Überprüfung im Therapieverlauf muss als partnerschaftliche Abstimmung zwischen Ärzt:innen und Therapeut:innen erfolgen können.

Wir freuen uns auf Ihre Fragen und sind zu einem offenen Austausch bereit. – Vielen Dank.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Danke, Frau Jakob. – Herr Petri, möchten Sie noch etwas ergänzen?

Herr Dr. Petri (IVG): Keine Ergänzung.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Danke schön. – Dann kommen wir jetzt zu den Fragen des Unterausschusses. Wer hat Fragen an die Anzuhörenden? – Bitte immer im Chat, aber das kennen ja die Unterausschussmitglieder, markieren, wenn Sie etwas sagen möchten, und Frau Pfenning sagt mir Bescheid, wer sich dann gemeldet hat. Ich hätte auch noch Fragen, aber ich möchte mich nicht vordrängeln. Hast du ein „X“? – Bisher nicht. Okay, dann werde ich eine Frage stellen. Das war ja eine, für mich zumindest, recht heterogene Anhörung. Meine erste Frage richtet sich an Prof. Mall. Sie haben von strukturierten Evaluationsinstrumenten gesprochen, die Sie sich wünschen würden. Können Sie ein bisschen konkreter darstellen, was Sie damit meinen und an welcher Stelle Sie das verortet sehen wollen?

Herr Prof. Mall (DGSPJ): Also wir haben das erwähnt im Zusammenhang mit den Ausführungen in Satz 7 bis Satz 10, die bis jetzt ein Nebenwirkungsmonitoring als Fokus haben, und das Ziel wäre eben eine Effizienzkontrolle. Es gibt eine Reihe von Instrumenten, die GMFM sei erwähnt als standardisierte Erhebung der motorischen Qualität. Ich weiß nicht, ob man das in dieser Form im Detail beschreiben muss. Grundsätzlich gibt es standardisierte Instrumente. Wir haben das in unserer neuen Leitlinie auch niedergeschrieben und ein Verweis auf diese standardisierten Evaluationsinstrumente fände ich an dieser Stelle sinnvoll; Effizienz in den Vordergrund und nicht Nebenwirkungskontrolle.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Okay, also diese Leitlinie gibt es, aber können Sie ein bestimmtes Instrument hier vielleicht auch namentlich nennen, das Ihnen wichtig wäre?

Herr Prof. Mall (DGSPJ): Motor Function Measure wäre in meinem Sinn.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Danke schön. – Gibt es Wortmeldungen? Ich hätte auch noch weitere Fragen, so ist es nicht. – Herr Petri, bitte.

Herr Dr. Petri (IVG): Ich würde den Beitrag von Prof. Mall gern noch ergänzen. Ich glaube, dass uns Evaluation im Bereich der Teilhabe auch noch ein weites Feld eröffnet, um Wirksamkeit zu beurteilen, und dass die Tools, die wir um Teilhabe, insbesondere bei sehr jungen und sehr schwer beeinträchtigten Kindern und Jugendlichen zur Verfügung haben, durchaus der Ergänzung bedürfen. Deswegen ist mein Plädoyer: Ja, Effizienzmessung unter besonderer Berücksichtigung der Teilhabe, unter besonderer Berücksichtigung altersgruppenspezifischer Kriterien.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Danke schön. – Auch Prof. Platz hatte sich ja Assessment gewünscht, das war eine relativ generelle Kritik an unseren Formulierungen. Ich bitte hier ein bisschen um Konkretisierung. Sie haben rehabilitationstechnische Verfahren angedeutet, Sie haben sich Assessment gewünscht. Können Sie die benennen? Und dann die nächste Frage: Wie ist deren Evidenz? Bräuchten wir hier zum Beispiel Methodenbewertungsverfahren? Können Sie dazu noch ein bisschen was sagen?

Herr Prof. Platz (DGiNR): Ja, herzlich gern. Also ich denke, rehabilitatives Vorgehen und bei KG-ZNS vielleicht besser Physiotherapie-ZNS. Bei KG-ZNS hat man ja mit Personen mit Hirnschädigung und mit motorischen Defiziten zu tun. Das heißt: Natürlich ist Teilhabe das übergeordnete Ziel, und es wäre dann aber immer eine Befundung erforderlich mit entsprechenden Funktionsskalen, Assessment, die die aktuelle Situation abbildet, die mögliche Ziele formulieren lässt, die dann gemeinsam vereinbart werden, die dazu führt, dass man die dann jeweils geeigneten Interventionen auswählt, die helfen, diese Ziele zu erreichen. Das heißt, man braucht dieses Assessment, was aber dann auch die Körperfunktionen mit einschließt, die Aktivitäten einschließt und in Richtung Teilhabe denkt. Und da gibt es im motorischen Bereich sehr viele und es gibt auch internationale dokumentierte Konsensus-Aktivitäten, die man heranziehen kann, wenn es darum geht, eine Auswahl zu treffen. Es ist so, dass man da einerseits in Richtung Standards denken kann, aber andererseits in Abhängigkeit von der spezifischen Fragestellung und der Schwere der Schädigung dann auch jeweils unterschiedliche Assessment-Verfahren zur Anwendung kommen.

Aber ich nenne vielleicht einfach mal zwei, drei Beispiele, wenn es darum geht: Ist jemand mobil, also ist er in der Lage, selbstständig zu gehen, gibt es sehr einfache Skalen, die das ermöglichen, darzustellen. Die Functional Ambulation Categories, FAC, die in fünf Stufen zeigt, ob jemand gehfähig ist, wenn ja, mit wie viel Hilfe oder auch nicht. Oder wenn man dann schaut: Wie schnell ist jemand gehfähig, also die Geschwindigkeit, dann könnte man so etwas wie den 10-Meter-Gehtest, wenn man sich die Frage stellt, wie ausdauernd jemand gehen kann, das ist ja für die Teilhabe in der Gemeinschaft ein extrem wichtiges Maß. Also kann ich nicht nur innerhalb meiner Wohnung selbständig vielleicht mit Hilfsmitteln gehen, sondern schaffe ich es auch, einkaufen zu gehen, wie belastbar bin ich? Da gibt es einen gut standardisierten und auch validierten Test, den 6-Minuten-Gehtest, mit dem ich auch dann abbilden kann. Man hat dann jeweils auch Maße für Minimal Important Differences, also wie ist das Assessment von seiner Konstruktion, aber auch aus empirischen Daten, was weiß man, welchen Differenzwert muss ich erreichen, um auch sagen zu können „Ja, ich habe einen Behandlungserfolg erzielt“, oder was wird allgemein als relevanter klinischer Veränderungswert angesehen?

Also Sie sehen, dass man in dieser Denkart, die eben versucht, individualisiert, präzise, aber gleichzeitig standardisiert zu sein, personenzentriert und zielorientiert eine Verankerung braucht. Dafür gibt es sehr viele sehr gut validierte und international akzeptierte Assessment-Verfahren. Die, meine ich, sollten unbedingt auch zur Anwendung kommen und auch deren Umsetzung bedarf einer Hinterlegung, denn es bedarf auch einer Vergütung.

Wenn man es aber nicht macht, ist das Ganze so ein bisschen nebulös und unsicher. Ich glaube, dass unser Versorgungssystem sehr davon profitieren würde, wenn diese Zielorientierung - und das sind dann diese unterschiedlichen Ebenen: die Körperfunktion einerseits, die Aktivitäten als Alltagsaktivitäten und die Teilhabe, da gibt es natürlich noch andere Aspekte, aber das wären vielleicht erst mal die wichtigsten - in den Blick nimmt, abbildet und so auch zu einer guten und validen Steuerung der Therapie kommt und einer Kommunikation, die für alle Beteiligten transparent wird, dass jeder weiß: verordnete Ärztin, durchführender Physiotherapeut, Physiotherapeutin, aber auch die Leistungsträger, ein

transparentes Geschehen: Aha, wo bin ich, wo stehe ich, was brauche ich, wo gehe ich hin, habe ich Erfolg, muss ich vielleicht die Art der Intervention auch noch mal anpassen, um ein Ziel zu erreichen?

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Danke schön, Prof. Platz. – Jetzt hat sich Prof. Rupp gemeldet, ich vermute direkt auch im Anschluss auf diese Frage.

Herr Prof. Rupp (DMGP): Ziemlich genau auf die. Herr Platz, vielen Dank für die Ausführungen. Ich möchte einen Kommentar dazu machen. Wenn Sie eine zielgerichtete Therapie fordern, dann bin ich auch der Meinung, dass es ein zielgerichtetes Assessment sein muss. Also ich bin vollkommen dabei, dass natürlich auch gerade Kostenträger darauf achten müssen, dass man im Alltagsleben einen Effekt letztlich dann der Therapien hat, und da sind wir natürlich bei der Teilhabe.

Was ich allerdings tatsächlich immer mehr sehe, ist, dass wir im stationären Bereich und im ambulanten Bereich durchaus zwei unterschiedliche Ansatzpunkte haben. Während wir im stationären Bereich die Menschen tatsächlich sehr intensiv trainieren können, sehr intensiv auf ein bestimmtes Funktionsniveau heben, ist es im ambulanten Bereich oftmals so, dass die Therapien dazu eingesetzt werden, um den Status zu halten. Und dann versagen natürlich solche Dinge wie mit dem Minimal Clinically Important Difference oder Ähnliches dann, weil nicht mit einer Verbesserung zu rechnen ist, sondern weil tatsächlich dann auch die Therapie darin besteht, noch mal den Status zu halten, der sich durchaus verschlechtern könnte. Ich will ein ganz konkretes Beispiel geben: Wenn Sie einen 6-Minuten-Test nehmen, dann kann der verschlechtert sein, weil ein Mensch Schmerzen hat. Und wenn Sie eine effektive Therapie anbieten, die dann die Schmerzen reduziert, dann schaffen Sie es, dass Sie jemanden auch in seiner Gehfunktion halten. Das hat aber nicht unbedingt etwas mit funktionsorientierten Therapien beim Gehen zu tun, sondern das hat mit einer zielgerichteten Therapie zur Schmerzreduktion dann in dem Rahmen zu tun.

Also um es auf den Punkt zu bringen: Ich glaube nicht, dass man am Ende des Tages ein „One Assessment fits all“, weil diese Gefahr, glaube ich, sehe ich dann – das darf man, glaube ich, nicht empfehlen, weil dann sind wir wieder beim Barthel-Index und sonst irgendeinem Kram, wo wir wissen, dass das nicht ganz so indikationsübergreifend funktionieren wird, denn wir sind jetzt in dem integrationsintergreifenden Thema.

Also ich glaube, es gibt keine einfache Lösung, aber ich bin absolut bei Ihnen, dass man zur Steuerung und zur Bewertung dann der Qualität letztlich der Therapien in irgendeiner Form Assessments braucht, letztlich dann zur Steuerung und auch zur gemeinsamen Kommunikation zwischen stationär, ambulant, Patient, Therapeut, gemeinsame Zielerarbeitung, denn das hilft auch bei den Assessments: dass dann gemeinsame Ziele erarbeitet werden können. Bei Rehabilitation ist der Patient immer ein Partner, man stülpt es nicht über und da gehört meiner Meinung nach die Physio- und Ergotherapie genauso dazu.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Danke schön. – Jetzt hat es sich die GKV gemeldet.

GKV-SV: Ich hätte eine Frage an Frau Munsch. Sie hatten ausgeführt, dass Ihnen Komponenten der Prozesssteuerung in dem jetzigen Richtlinienentwurf noch fehlen würden. Könnten Sie das vielleicht ein wenig konkretisieren, was Sie damit meinen?

Frau Munsch (Bobath Zukunft!): Ja, die Überschrift „KG-ZNS/KG-ZNS-Kinder“ ist ja eine reine Überschrift. Das heißt, darin geht es um eine ganz ausführliche Berücksichtigung und Analyse der gesamten Bedingungsfaktoren, sowohl der Person als auch des Umfeldes. Und da geht es eben um die Analyse der Ressourcen, die Erfassung der Unterschiedlichkeit der Diagnosen, der Begleiterkrankungen. Wir haben es ja häufig mit Menschen zu tun, die nicht nur ein

Problem haben, sondern ein Bedingungsgefüge von Problemen. Und dieses muss sehr genau erfasst werden, und das ist dieser sehr genaue Clinical-Reasoning-Prozess, der dann aus diesem Bedingungsgefüge einzelne Maßnahmen für einen bestimmten Abschnitt, Lebensabschnitt oder eine bestimmte Phase definiert. Und wir sehen ja gerade, was auch gerade Herr Rupp sagte: Wir haben intensive Phasen von Therapie, also das hat sich sehr bewährt, diese Intensivtherapie zwischendurch, und dann eine sogenannte Erhaltungstherapie, die aber dann den Alltag begleitet und nicht Therapie zum Alltag macht.

Also hier bedarf es eben unterschiedlicher Vorgehensweisen und Entscheidungen, und in der Regel ist es eine Kombination von einzelnen Maßnahmen. Also wir haben ja ganz selten nur Physiotherapie, sondern es geht noch um Orthesen, Botox, ganz andere Maßnahmen, die dazukommen, Schmerztherapie und Ähnliches. Und diese Kombination erfordert ganz fundierte Entscheidungsprozesse, die all diese Bedingungen berücksichtigen können. Dazu gehört eben auch die Auswahl von Assessments. Das heißt, es gibt nicht einzelne Assessments, die das ermöglichen, bestimmte Dinge abzubilden, sondern wir müssen die Kolleginnen und Kollegen, die in dem Feld arbeiten, befähigen, aus einem Fundus von Assessments auszuwählen, welches das passende für diesen Abschnitt ist. Und damit ist es so unterschiedlich, nach Alter, nach Lebensabschnitt, nach „Ist es eine Intensivphase? Ist es eher eine Erhaltungsphase?“; und das sollte als Prozess in der Beschreibung der Intervention enthalten sein aus unserer Sicht. Hat das Ihre Frage beantwortet?

GKV-SV: Ja, das hat es konkretisiert. Vielen Dank.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Frau Jakob, Sie möchten ergänzen?

Frau Jakob (IVG): Genau, nur eine ganz kurze Ergänzung. Also ich bin auch sehr für standardisierte Assessments. Auch im Zuge der Konzeptoffenheit, die ja auch mit dem Beschlussentwurf formuliert wurde, denke ich, kann das eine gute Grundlage sein, um die Effizienz entsprechend darzustellen. Und ich denke, wir müssen uns auf jeden Fall auch Gedanken darüber machen, wer welche Assessments durchführt, weil wir durchaus unterschiedliche zeitliche Möglichkeiten haben, abhängig davon, ob Therapeuten in einer niedergelassenen Praxis oder in sozialpädiatrischen Zentren oder im Erwachsenenbereich in großen Kliniken im stationären Setting mitmachen – und auch welche Teile aus ärztlicher Sicht in der Verantwortung liegen und welche die Physiotherapeuten auch mit durchführen; und falls es in den niedergelassenen Praxen, wo ich das in einem gewissen Rahmen durchaus für sehr sinnvoll halte, stattfinden soll, dass auch den Therapeuten dann ein entsprechendes zeitliches und auch wirtschaftliches Budget dazu zur Verfügung gestellt wird, damit eben genau diese Qualitätssicherung auch stattfinden kann.

Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender): Danke schön! Wobei ich noch einmal darauf hinweisen muss: Mit diesem Bereich haben wir nichts zu tun als Gemeinsamer Bundesausschuss, das ist ein anderer Ansprechpartner. – Gibt es weitere Fragen? – Das ist nicht der Fall. Dann darf ich mich bei Ihnen bedanken, dass Sie sich die Zeit erneut genommen haben. Die Unterlagen, die Sie erhalten haben, sind vertraulich, bis wir die als G-BA veröffentlichen, das nur als Hinweis. Dann darf ich Ihnen weiterhin einen schönen Tag wünschen und wir beraten jetzt intern weiter. Vielen Dank für Ihre Zeit!

Schluss der Anhörung: 11:11 Uhr