

Zeitschrift: Der Heilmasseur-Physiopraktiker : Zeitschrift des Schweizerischen Verbandes staatlich geprüfter Masseure, Heilgymnasten und Physiopraktiker = Le praticien en massophysiothérapie : bulletin de la Fédération suisse des praticiens en massophysiothérapie

Herausgeber: Schweizerischer Verband staatlich geprüfter Masseure, Heilgymnasten und Physiopraktiker

Band: - (1961)

Heft: 176

Artikel: Die Korrekturen der Fehlstellungen des Fusses beim cerebral gelähmten Kind

Autor: Knellwolf, H.C.

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-930771>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 09.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

- I. Flankenatmung, beidseitig;
- II. Flankenatmung, einseitig;
- III. Schlüsselbeinatmung;
- IV. Rückenatmung;
- V. Bauchatmung.

Erstes Gesetz der Tiefatmung ist die möglichst tiefe Ausatmung, damit möglichst viel Restluft aus der Lunge herauskommt und so die Tiefe der Einatmung bestimmt. Ob nun die Ausatmung auch wirklich maximal ist, lässt sich auf sehr leichte Art kontrollieren: Es wird bei leicht geöffneten Lippen unter Hervorbringen eines Zischlautes durch den Mund ausgeatmet. Wenn der Zischlaut, der immer mehr abschwächt, verstummt ist, beginnt sofort die Einatmung. Diese geschieht aber nicht durch den Mund, sondern man lässt die Einatemungsluft bei geschlossenen Lippen durch die Nase *einströmen*. Es erübrigt sich vollständig, die Einatemungsluft mit Gewalt durch die Nase einzuziehen, denn das Vakuum in der Lunge sorgt in seiner Weise schon für die Richtigkeit der Einatmung. Ebenso soll die Luft zwischen

der Ausatmung und der Einatmung *nicht* angehalten werden. Noch viel weniger sollen dabei Bewegungen irgendwelcher Art ausgeführt werden, die einen Spannungsgrad der Muskulatur um den Brustkorb oder Bauch hervorrufen. Bei solchen Bewegungen unter der nicht umgänglichen Spannung der Muskeln, wird das volle Fassungsvermögen der Atmungsorgane immer negativ beeinflusst.

Leider findet man diese unglaublichen Fehler fast bei allen Atmungsschulungen oder solchen, die sich so nennen. Hingegen aber empfiehlt es sich, bei Fortgeschrittenen die sogenannte «stakkatierende» (stossweise) Ausatmung zu fördern. Alles Wissenswerte über diese Atmungsschulung kann im «Lehrbuch für Krankengymnastik» von Prof. Dr. W. Kohlrausch, Fischer-Verlag Jena, nachgelesen werden.

Nach meiner Ansicht und Erfahrung ist die Kombination Moorbath — Tiefatmung die meistumfassendste und wahrscheinlich die beste Naturheilmittel-Methode.

A. Märchy, staatl. dipl. Ppysiotherapeut.

Die Korrekturen der Fehlstellungen des Fusses beim cerebral gelähmten Kind

H. C. Knellwolf, Zürich

Die Erfahrung zeigt, dass die Korrektur von Fehlstellungen der Füße bei cerebral gelähmten Kindern ein wertvoller Beitrag zur allgemeinen Therapie ist. Der bei spastischen Zuständen oft unsichere Stand und das beim Gehprozess erfolgende Umkippen — abwechselnd einmal nach innen und dann wieder nach aussen — ferner die Valgus — und Varus-Stellung mit Spitzfusskomponente, der spastische Plattfuss in Spitzfuss-Stellung, reduzieren den Erfolg der Gehübungen. Es ist daher angezeigt, die Standsicherheit beim cerebral gelähmten Kind möglichst zu verbessern.

Die Korrekturmittel. Von der Anwendung der korrigierenden Beinschiene sollte in den meisten Fällen abgesehen werden, ausgenommen vielleicht die Nachtschienen, die immerhin oft ihre Berechtigung haben. Auf Grund langjähriger Erfahrung darf behauptet werden, dass die wirkungs-

vollsten Korrekturmittel die Stützeinlagen und die Sohlenkorrekturen der Schuhe, manchmal kombiniert miteinander, sind.

Die Fehlstellung des Fusses ist beim cerebral gelähmten Kind im Stehen oft ganz anders als beim Gehen. So kann sich z. B. eine Varus-Stellung beim Stehen zur Valgus-Stellung beim Gehen verändern. Bei der Wahl der Korrekturmittel ist daher zu berücksichtigen, ob das Kind vorerst nur Stehübungen macht oder schon Gehübungen. Ist ersteres der Fall, so haben sich die Hilfsmittel nur nach dem statischen Befund beim Stehen zu richten; bei Fällen wo schon Gehübungen zur Therapie gehören, ist *nur* die Stellung des Fusses während des Gehprozesses massgebend.

Vor der Wahl der Hilfsmittel ist das barfüssige Gehen zu kontrollieren und hierauf das Gehen im Schuh. Es ist dann die Differenz, die bis zur Vollkorrektur

noch fehlt, festzustellen und durch das Hilfsmittel auszugleichen. Die Stützfähigkeit, die jeder Schuh besitzt, ist also bei der Korrektur mitzubedenken, weil sonst eine Ueberschneidung erfolgt. Die angewendeten Stützeinlagen und die vorgenommenen Schuhkorrekturen sollten die Fussabwicklung nicht erschweren, sondern erleichtern. Daher sind die Hilfsmittel flexibel zu gestalten (keine starren Einlagen, keine die Flexibilität der Schuhsohle reduzierenden Korrekturen).

Einige Beispiele der mit Erfolg angewandten Korrekturen

1. Unsicheres Gehen, Umkippen des Fusses nach beiden Seiten

Die nach unten gewölbten Schuhsohlen würden auch beim gesunden Fuss an und für sich ein unsicheres Gehen bewirken, wenn das Gleichgewicht durch das normale Zusammenspiel der Muskeln nicht unbewusst aufrecht erhalten würde. Da dieses Zusammenspiel beim cerebrally gelähmten Kind gestört ist, muss für eine gute Fussunterlage gesorgt werden.

Einlage: Flexible Führungseinlage mit Seitenrändern um der sonst flachen Brandsohle des Schuhs eine plastischere Form zu geben.

Schuhkorrektur: Die medialen und lateralen Sohlenseiten werden mit Leder- oder Gummistreifen unterlegt bis die Sohlenaustrittsfläche wieder flach am Boden aufliegt. Eventuell sind diese Streifen in der Gegend des I. und V. Zehengrundgelenkes etwas über die Schuhsohle hinaus zu bauen. Ferner kann Absatzverbreiterung nach beiden Seiten angewendet werden.

2. Valgus-Stellung mit Spitzfusskomponente

Einlage: Flexible Einlage mit leichter Pelottenstützung.

Schuhkorrektur: Mediale Schuhspitzenverbreiterung mit Erhöhung bis zu 1 cm.

3. Varus-Stellung mit Spitzfusskomponente

Einlage: Flexible Einlage mit leichter Pelottenstützung.

Schuhkorrektur: Laterale Schuhspitzenverbreiterung mit Erhöhung bis zu 1 cm.

4. Valgus-Stellung ohne Spitzfusskomponente

Einlage: Flexible Einlage mit erhöhtem medialen Seitenrand; Höcker unter Sustentaculum-tali.

Schuhkorrektur: Bei schweren Fällen medialer Schuhsohlen-Ausleger unter Grosszehenballen mit evtl. Erhöhung, Verlängerung des medialen Absatzes, Verbreiterung und evtl. Erhöhung der medialen Absatzseite.

5. Varus-Stellung ohne Spitzfusskomponente

Einlage: Flexible Einlage mit erhöhtem lateralen Seitenrand und keilförmige Erhöhung der ganzen lateralen Einlagenkante.

Schuhkorrektur: Bei schweren Fällen lateraler Schuhsohlen-Ausleger unter V. Zehengrundgelenk mit evtl. Erhöhung, Verlängerung des lateralen Absatzes, Verbreiterung und evtl. Erhöhung der lateralen Absatzseite.

6. Der spastische Knick-Plattfuss mit Spitzfusskomponente

Einlage: Flexible Einlage mit erhöhtem medialen Seitenrand, Höcker unter Sustentaculum-tali und Pelottenstützung.

Schuhkorrektur: Medialer Schuhsohlen-Ausleger unter I. Zehengrundgelenk mit Erhöhung. Querbalken, um den in diesen Fällen schädlichen Flachzehenstand bei der Abrollung rascher zum Hochzehenstand zu lenken. Verlängerung des medialen Absatzes, Verbreiterung und Erhöhung der medialen Absatzseite.

7. Ausgleich bestehender Beinverkürzung

Absatzerhöhung, Querbalken an Schuhsohle in gleicher Dicke. Die Schuhsohle darf keinesfalls in ganzer Fläche erhöht werden, weil sonst die Fussabwicklung gehemmt wird. Absatzausgleich nie ohne entsprechende Sohlenkorrektur, um Spitzfuss-Stellung zu vermeiden.

8. Trainingsschuh bei Spitzfuss-Stellung, zur Dehnung der Wadenmuskulatur

Querbalken an Schuhsohle ohne entsprechende Absatzerhöhung.

9. Mangelhafte Fussabrollung

Querbalken an Schuhsohle mit Absatzerhöhung in gleicher Dicke. (Immer beide

Schuhe gleich hoch korrigieren, wenn keine Beinverkürzung festgestellt wurde).

Dies sind einige der Möglichkeiten, um dem cerebrally gelähmten Kind das Gehen zu erleichtern und ihm damit Freude am

Gehen zu verschaffen und um einer weiteren Verschlechterung des Fusses vorzubeugen. Die angegebenen Massnahmen werden je nach Fall miteinander kombiniert oder einzeln angewandt.

Fortbildungskurse

*Samstagnachmittag-Fortbildungskurs in Baden von Kollege Baumgartner über:
Stumpfbehandlung, Gehschule und Amputierten-Körpertraining.*

26. November 1960.

An die 100 Kolleginnen und Kollegen fanden sich im Gymnastiksaal der SUVA-Behandlungsstätte um Herrn Baumgartners erfahrungsreichen Ausführungen zu folgen.

Zu Beginn betonte der Referent, wie wichtig es sei, dass sofort nach der Amputation die physiotherapeutische Behandlung einsetze, um Kontrakturen, Atrophien, Zirkulationsstörungen zu verhindern und um einen guten Heilprozess zu gewährleisten. Dadurch wird auch die psychische Seite des Amputationspatienten aktiviert und später fügt sich der Betreffende sehr gut in die Gruppengymnastik.

Einige der wichtigsten physiotherapeutischen Massnahmen seien nur kurz aufgezählt:

Bauchlagerung
Wicklung des Stumpfes
Kalte Abwaschungen
Luft- und Sonnenbäder
Massage
Übung für Gesamtkörper und für den Stumpf
Schwimmen.

Ab 8.—10. Tag darf schon mit Sitz- und Standübungen am Bett begonnen werden. Unser Kollege zeigt auch einige Beispiele von Gruppengymnastik-Übungen und die Steigerung des individuellen Gesamtertüchtigungs-Programmes wie z. B. das sich mit den Armen alleine Hochziehen an einem senkrecht aufgehängten Tau, was auch grossen Beifall fand.

Herr Baumgartner zeigt wie er die Gangschule mit Gleichgewichtsübungen im Stand beginnt, weiterhin den Hüftschwunggang, den Tubersitzdruckgang, den Gesässmuskelgang, welche je nach den Gelände-verhältnissen vom Amputierten angewendet werden können.

Nach verdankenden Worten von Herrn Dr. Le Grand und unseres Präsidenten Herrn Jak. Bosshard schloss dieser Kurs für Weiterbildung mit Beifall für den Referenten und die sich freundlich zur Verfügung stellenden Patienten ab. Auch die grosse Teilnehmerzahl an diesem Kurs sei an dieser Stelle gebührend hervorgehoben, zeigt sich doch wie interessiert unsere Mitgliedschaft an der Vervollkommenheit ihrer Methoden zum Wohle des Patienten ist. hk

A TEM

Kur-Wochen und Seminarien

mit **KLARA WOLF** im Kurhaus Richenthal, Station Reiden LU
Tel. (062) 9 33 06, vom **8.—15. April in deutscher Sprache**
15.—22. April in französischer Sprache

Verlangen Sie Prospekte von der Atemschule Wolf in Brugg(Aargau) Tel. (056) 4 22 96