XI.

Über Plattfusseinlagen.

Von

Ferd. Bähr in Hannover.

Mit 1 Abbildung im Text.

Aus den Erfahrungen einer Ortskrankenkasse schreibt Lilienfeld: „Im allgemeinen sind es die Schmerzen des Anfangsstadiums, also des Senkfusses, die uns die Patienten zuführen und zur Beseitigung der Beschwerden und Verhütung der Ausbildung eines Plattfusses sind ja zweifellos die festen, nach Gipsabguss gearbeiteten Metallsohlen die zweckmässigsten, aber ihre Anschaffung für alle Fälle scheitert bei den Krankenkassen an dem Kostenpunkt. Von den fabrikmässig hergestellten Einlagen erfüllt bis jetzt keine die ärztlichen Anforderungen und wird sie auch niemals befriedigen, da nur die Methode meines Erachtens Erfolg verspricht, die sich den Eigentümlichkeiten jedes einzelnen Fusses anpasst und die drei Hauptbedingungen für die Kassenpatienten berücksichtigt: „Einfachheit, Billigkeit und Haltbarkeit“. (Archiv für Orthopädie usw., X. Bd., p. 78.)

Lilienfeld hat in zehn Jahren 233 Plattfusspatienten behandelt, ich sehe im Jahre jetzt durchschnittlich etwa 120—150 Einlagebedürftige, so dass ich mich für berechtigt halte, meine Erfahrungen wiederzugeben, besonders aber mit Rücksicht auf die hier angeschnittene ökonomische Seite.

Eine kurze Bemerkung sei über die Herstellung gemacht. In der Regel wird Durana verwendet, das sich ausserordentlich gut bewährt hat. Die übliche Schablone ist durch die Skizze dargestellt. (A = aussen, I = innen, V = vorne, H = hinten). Der äussere Rand wird bei A leicht aufgebogen, um den Fuss gegen das Abgleiten zu sichern. Die abgebildete Schablone wurde bei einer Dame mit 22 cm Fusslänge verarbeitet. Selten wird die Einlage mit Einschluss der Ferse und des Ballens gemacht. Das Bestreben ist, die Einlage so leicht wie möglich zu machen. Schon in meiner Abhandlung über Calcaneus-Frakturen (1893) habe ich für gewisse Fälle die grösseren Einlagen empfohlen, ich verwende sie heute nur ausnahmsweise. Die kleine Einlage von möglichst zulässiger Dünne hat auch den Vorzug, dass sie sich ungleich besser zurecht hämmern lässt. Bisweilen werden die seitlichen Fortsätze um ein geringes verlängert, um dem Fuss mehr Halt zu geben (Malleo-

laris valga). Verwendet wird Durana von 1 mm für Kinder und leichtere Personen, von 1,25 mm für Erwachsene. Ich habe Patienten von mehr als 100 kg Körpergewicht, für welche ich mit der letzteren Stärke ausgekommen bin, welche über drei Jahre auf einer solchen Einlage gingen, und die Einlage konnte wieder umgelegt werden. Die Einlage wird entweder mit drei oder vier Schrauben — auch das ist zweckmässig gegenüber einer Schraube — an der Sohle befestigt und mit Lammfell bedeckt oder auf einer gut verpassten Einschubsohle montiert. Die Beschaffung besonderer Stiefel ist in der Regel nicht erforderlich.

Die Einlagen werden nur nach Gipsabguss angefertigt, d. h. individuell. Wir sehen viele Patienten, welche sich jahrelang mit anderen Einlagen abgequält haben. Der Hergang ist bis dahin in der Regel der gewesen, dass

Fig. 1.

die Patienten irgend eine der käuflichen Einlagen erhalten haben, deren Dauerhaftigkeit eine geringere ist, die nach einem bekannten Schema in verschiedenen Grössen hergestellt sind. Ich kann nach meinen Erfahrungen das Tragenlassen der fabrikmässigen Einlagen nur verurteilen, sowohl nach der ökonomischen Seite, als auch nach derjenigen des Erfolges. Dass in manchen Fällen die fabrikmässigen Einlagen den Zweck erfüllen, soll nicht bestritten werden, aber ihre Verordnung ist keine sachgemässe Behandlung. Ein Hauptfehler ist schon der, dass sie nicht festliegen. Für empfindliche Füße ist das äusserst unangenehm. Ganz besonders schlecht werden die fabrikmässigen Einlagen getragen von Rekonvaleszenten nach Rheumatismus. Sie kommen bei der Unzweckmässigkeit, den un-

nötigen Beschwerden meist zu einem dauernden Plattfuss, während es mit einer richtig gearbeiteten Einlage gelingt, sie über das Stadium des beginnenden und hier meist sehr schmerzhaften Plattfusses hinwegzubringen und die Gefahr des dauernden zu beseitigen.

Es ist für mich sehr bedauerlich, dass Ärzte gelegentlich ein neues Einlagenmodell der Industrie zur Herstellung übergeben. Dies neue Modell mag gegenüber den alten grosse Vorzüge haben, eins bleibt ihm immer anhaften, das Schematische. Selbst wenn die Einlagen nach Gipsabguss angefertigt werden, kommt es vor, dass in einzelnen Fällen an der Einlage noch geändert werden muss. Es muss z. B. eine besonders druckempfindliche Stelle der Sohle hohl gelegt werden oder die Einlage drückt am Rande usw. Daraus ergibt sich, dass selbst diese Einlagen im individuellen Falle verbessert

werden müssen, es ergibt sich aber auch daraus, wie schwer gerade hier unter den fertigen Einlagen das Richtige getroffen werden kann. Wie wenig die Notwendigkeit, die Plattfusstherapie individuell zu gestalten, bei den Ärzten bekannt ist, zeigt folgende Beobachtung. Es werden mir mitunter Gipsabgüsse von einem Fusse übersandt, in der Voraussetzung, danach müsste nun auch die passende Einlage für den anderen herzustellen sein. Und doch kann der eine Fuss dabei ein toleranter zusammengetretener Plattfuss sein, der andere ein sehr schmerzhafter in der Entstehung begriffener, und es wäre gewiss verkehrt, die Einlagen hier über einen Leisten zu schlagen.

Wenn man die unverkennbaren Vorteile der individuellen Plattfusseinlage bezüglich der Dauerhaftigkeit, des Erfolges berücksichtigt, so muss man eigentlich zu dem Schlusse kommen, dass die Verwendung der käuflichen Einlagen für die Krankenkassen unwirtschaftlich ist. Gegen die mehrmalige Ausgabe, den geringeren therapeutischen Erfolg, die Gefahr der Verschlimmerung kann die einmalige grössere Ausgabe nicht ins Gewicht fallen. Und nach meiner Beobachtung muss ich annehmen, dass diese Auffassung auch bei hiesigen Krankenkassen durchgedrungen ist, während das bessere Publikum im Verhältnis mehr zu Surrogaten seine Zuflucht nimmt. Vielleicht hängt das aber damit zusammen, dass in ärztlichen Kreisen der Wert einer rationellen Plattfusstherapie noch lange nicht genug gewürdigt wird.