

Der kindliche Knicksenkfuß:

Mythen, Evidenz & Praxisalltag



Dr. med. Bernhard Speth

Praxis Kinder- und Jugendorthopädie Speth, Aarau

www.kinderorthopraxis.ch

Dr. med. Bernhard Speth

Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH



Dr. med. Kira Barlow

ab März 2026

Fachärztin Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH



Der Knicksenkfuss bei Kindern – ein Blick auf Mythen und deren Evidenz

Zusammenfassung: Im Zusammenhang mit dem kindlichen Knicksenkfuss begegnen uns im medizinischen Alltag regelmässig allgemeine Aussagen, deren Wahrheitsgehalt nicht bekannt ist. Einige dieser Mythen, welche die Epidemiologie, den natürlichen Verlauf, die Langzeitprognose sowie nicht chirurgische Interventionen betreffen, werden in diesem Artikel mit Blick auf deren Evidenz näher betrachtet.

Schlüsselwörter: Knicksenkfuss, Evidenz, Epidemiologie, Langzeitprognose, Interventionen

Flatfoot in Children – A Look at Myths and Their Evidence

Abstract: In connection with children's flat feet, one encounters many general statements whose truthfulness is unknown. Some of these myths concerning epidemiology, natural history, long-term progression and non-surgical interventions are examined in more detail in this article with regard to their evidence.

Keywords: Flatfoot, evidence, epidemiology, long-term prognosis, interventions

Einführung

Die Sorge um die Füße ihrer Kinder ist einer der häufigsten Gründe, weswegen Eltern mit ihren Kindern für eine kinderorthopädische Beurteilung vorstellig werden (1). Der Wunsch nach fachärztlicher Beurteilung besteht einerseits aus der Unsicherheit heraus, nichts verpassen zu wollen, und andererseits, da teilweise Beschwerden vorliegen, wegen denen Familien Rat suchen.

Die Definition, was ein Knicksenkfuss eigentlich ist, bleibt überraschenderweise nach wie vor auch unter Experten umstritten. Der Knicksenkfuss imponiert klinisch durch eine Abflachung der Fusslängswölbung, oft in Kombination mit einer Valgusstellung der Ferse (Abb. 1).

Ausgeprägtere Formen weisen zusätzlich eine Abduktion des Vorfusses gegenüber dem Rückfuss und eine Verkürzung der Wadenmuskulatur auf (2, 3). Hinsichtlich der Funktion und Beweglichkeit unterscheiden wir grundsätzlich eine flexible Form von einer rigiden Form. Letztere ist



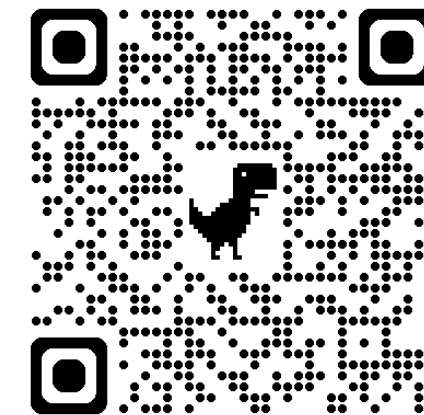
Abb. 1: Beachten Sie die Abduktion des linken Mittelfusses (A); beachten Sie den linken Fersenvalgus und das Zeichen der «zu vielen Zehen» (B).

bei der passiven Untersuchung oder bei der Untersuchung des Zehenstandes («Jack-Test») nicht reversibel (Abb. 2). Die extreme Ausprägung stellt der klassische rigide kongenitale Plattfuss dar, der in der Regel frühzeitig behandelt werden sollte.

Ein Knicksenkfuss kann entweder als isoliert oder als Teil eines umfassenderen Syndroms auftreten, insbesondere bei Personen mit vermindertem Muskeltonus, Hyperlaxität oder beeinträchtigter neuromuskulärer Kontrolle. Die



Abb. 2: Neben der manuellen Untersuchung kann im Heel-Rise-Test die Beweglichkeit im Mittel- und Rückfuss überprüft werden.



Warum kommen Eltern in die Praxis?

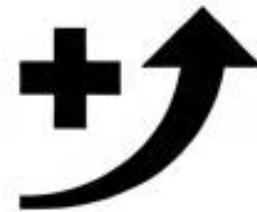
Fallbeispiel: Tom, 10 Jahre. Vorstellung wegen "Plattfüssen".

Die Eltern



- Sorge um die Füße.
- Angst, "etwas zu verpassen".
- Druck aus dem sozialen Umfeld.
- Das Kind hat Beschwerden.

Die Erwartung



- Wunsch nach sofortiger fachärztlicher Intervention.
- Einlagen.
- Physiotherapie.

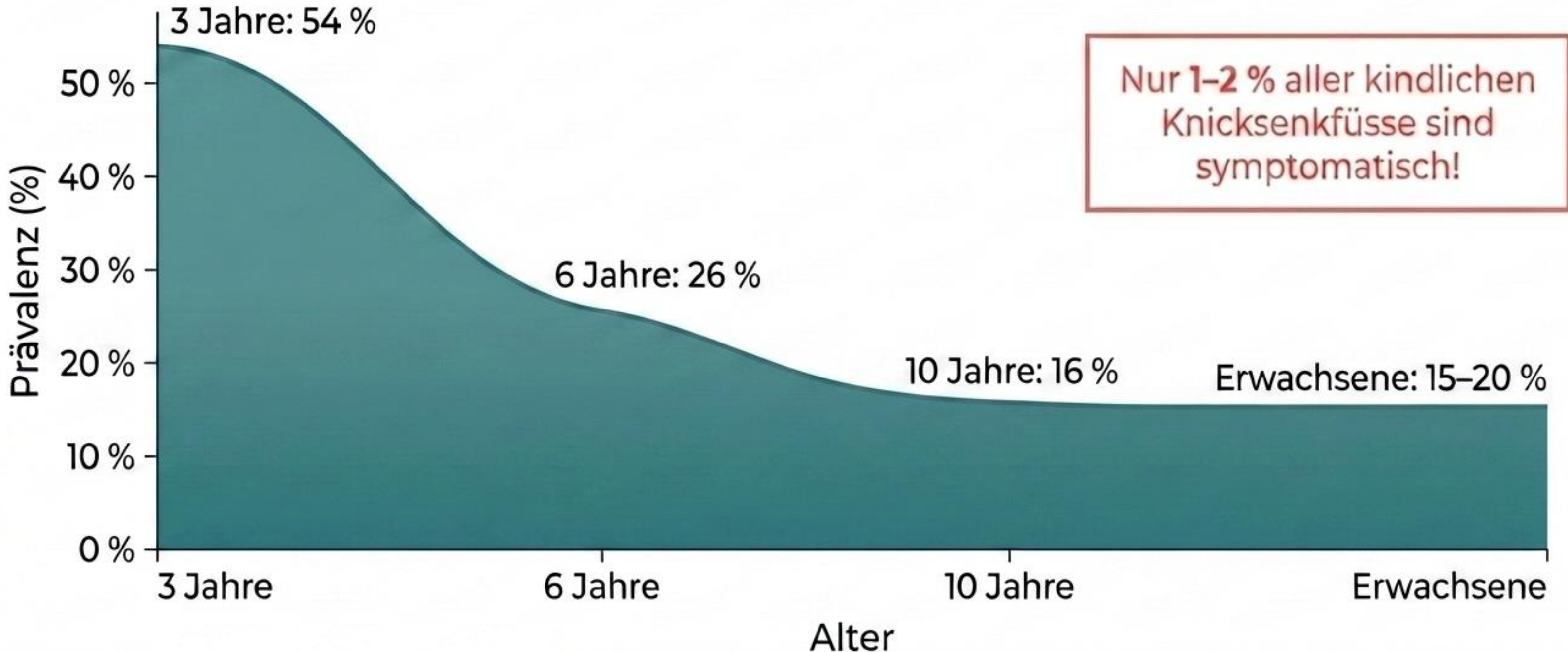
Die ärztliche Realität



- Unsicherheit bezüglich der Behandlung.
- Wunsch nach fachärztlicher Beurteilung.
- Unsicherheit bezüglich der Evidenz.
- Notwendigkeit klarer Triage-Kriterien.

Die 'Natural History' des Kinderfusses

Der Knicksenkfuss wächst sich in den meisten Fällen aus.



Mythos vs. Evidenz I: Spätfolgen & Prävention

MYTHOS

„Unbehandelte Knicksenkfüße verursachen später unweigerlich Knie-, Hüft- und Rückenschmerzen.“



EVIDENZ

Keine ausreichenden Beweise für kausale Langzeitschäden bei asymptomatischen Kindern.

Ausnahmen

Neuromuskuläre Erkrankungen (Zerebralparese, Muskeldystrophie, Trisomie 21). Hier ist die Hebelwirkung gestört – biomechanische Überlastungen der darüberliegenden Segmente sind möglich!

Mythos vs. Evidenz II: Einlagen & Schuhe

MYTHOS

Einlagen korrigieren die Fussform dauerhaft.

10 % der US-Kinder erhalten Einlagen, aber nur 1–2 % sind symptomatisch.
Fazit: 90 % der Behandlungen sind unnötig.



EVIDENZ

Kein Einfluss auf die langfristige radiologische Aufrichtung des flexiblen Knicksenkfusses.
(Wenger et al. & Camurcu et al.)

“Einlagen behandeln oftmals nicht den Fuss, sondern die Ängste der Eltern.”

Der OxAFQ-Score zeigt: Einlagen verbessern signifikant die emotionalen Werte der Eltern, nicht die der Kinder.

Mythos vs. Evidenz III: Barfußlauf & Physiotherapie



Barfußlaufen

Förderlich für die Entwicklung.

Studien deuten auf einen besseren Gewölbeindex und eine Reduktion der Knicksenkfuss-Prävalenz hin.

Fazit: Empfehlen!



Physiotherapie

Keine Formkorrektur, aber funktioneller Nutzen.

Keine Evidenz für die Aufrichtung des asymptomatischen Gewölbes.

Indikation: Sinnvoll bei muskulären Dysbalancen, motorischer Schwäche oder zur Dehnung von Kontrakturen.

“Der Paradigmenwechsel in der Diagnostik”

Funktion & Beweglichkeit statt statischer Optik.

Wir behandeln nicht das Röntgenbild oder den Fussabdruck,
sondern das bewegungskompetente Kind.



Rigider Fuss

Pathologisch. Fehlende
Beweglichkeit der Gelenke.



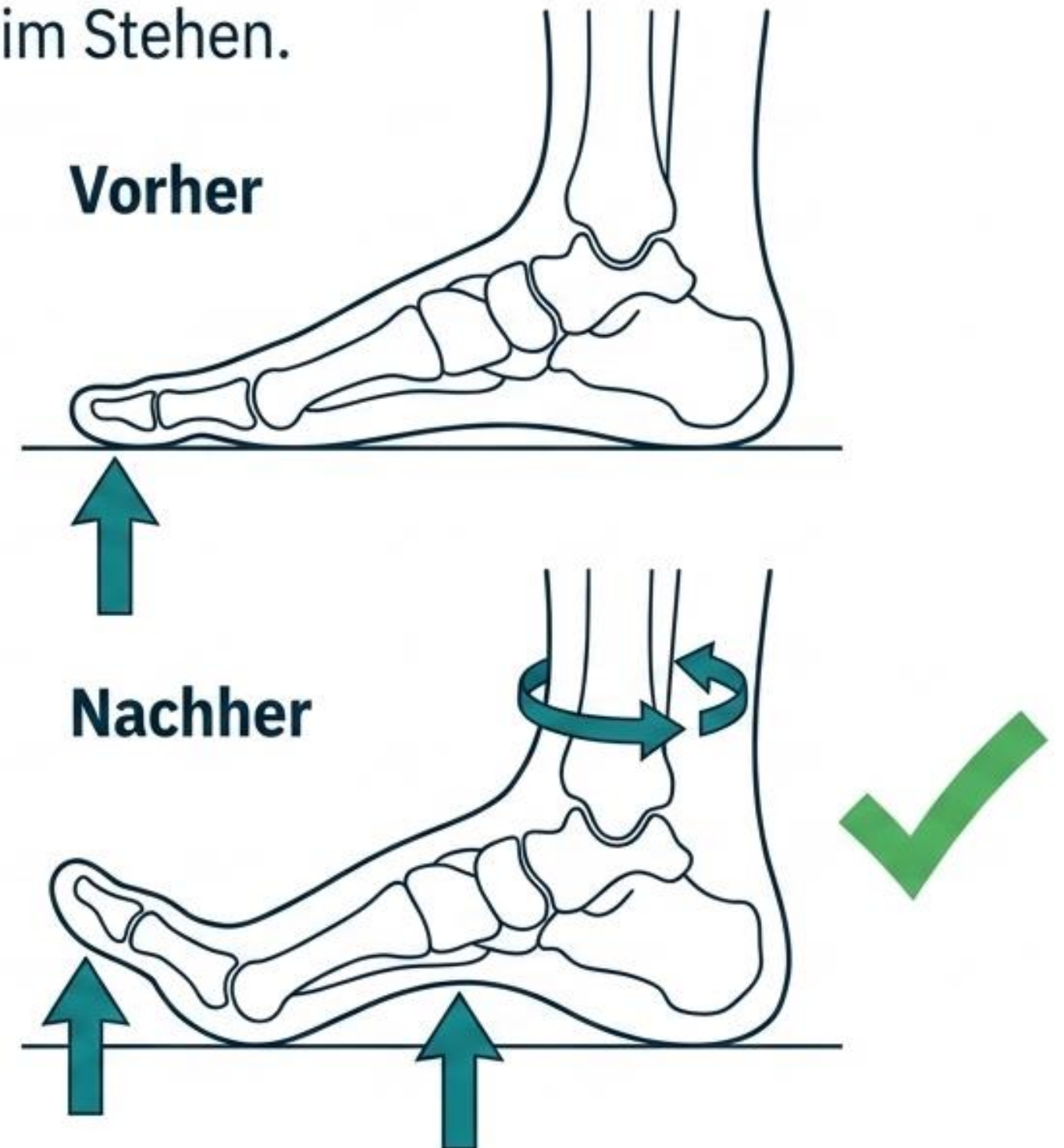
Flexibler Fuss

Physiologisch. Gewölbe
richtet sich unter Zug auf.

Klinische Diagnostik in 60 Sekunden: Der Jack-Test (Hubscher-Manöver)

Sichert die Diagnose des flexiblen Knicksenkfusses im Stehen.

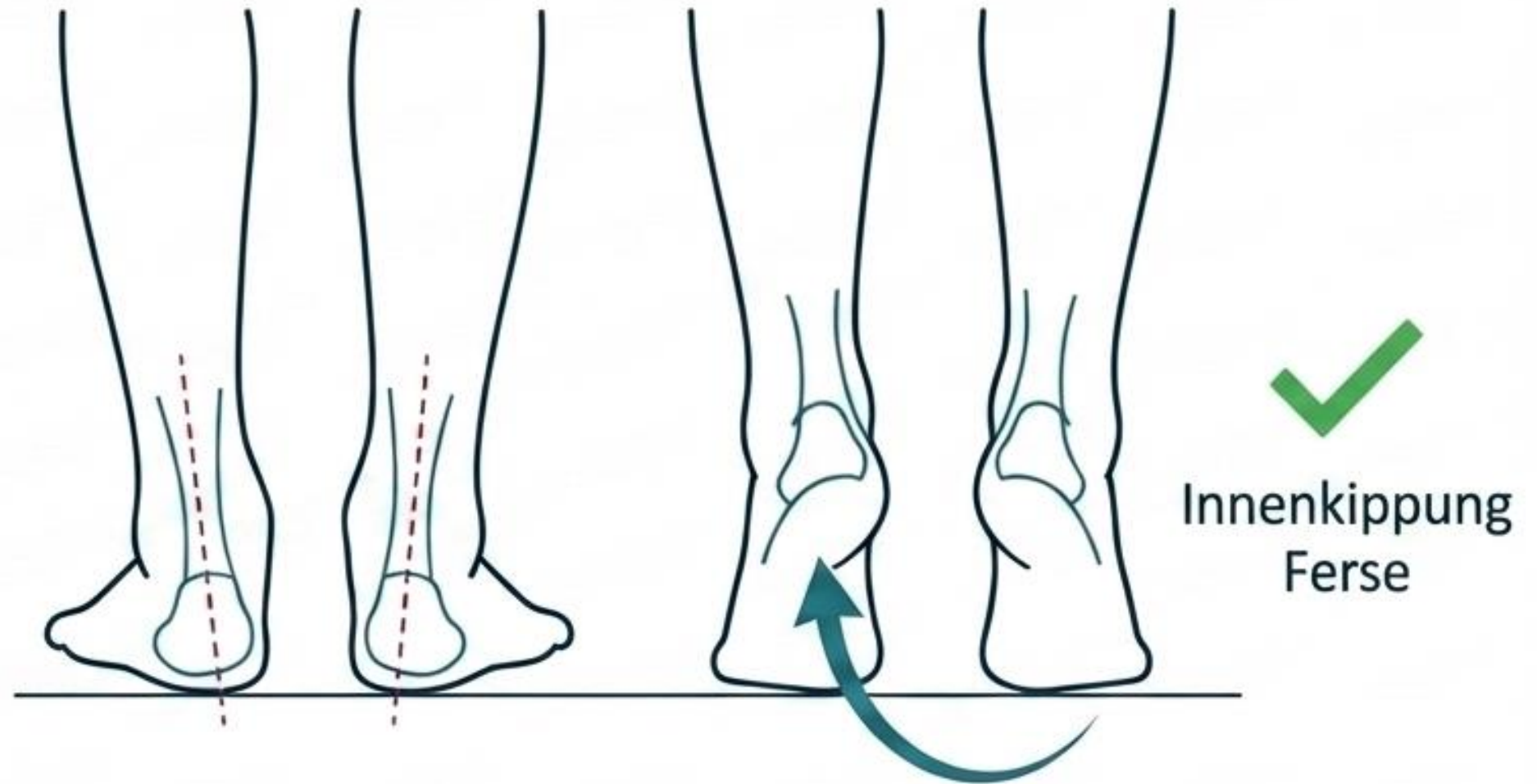
- 1. Ausführung:** Passive Dorsalextension der Grosszehe am belasteten Fuss.
- 2. Biomechanik:** Anspannung der Plantarfaszie (Windlass-Mechanismus).
- 3. Interpretation:** Aufrichtung des Längsgewölbes & Aussenrotation der Tibia = Flexibler Knicksenkfuss (Entwarnung).



Klinische Diagnostik in 60 Sekunden: Der Heel-Rise-Test

Überprüft die Funktion des **M. tibialis posterior** und die Rückfussbeweglichkeit.

- 1. Ausführung:** Das Kind stellt sich beidseits auf die Zehenspitzen.
- 2. Biomechanik:** Zug der Sehne des M. tibialis posterior und der Achillessehne.
- 3. Interpretation:** Die Ferse schwenkt von einer Valgus- in eine Varusstellung = Intakte Sehnenfunktion, flexibler Fuss.



Beispiel



Beispiel



Warnzeichen: Wann müssen wir Aufmerksam sein?

Kriterien um über eine weiterführende Abklärung nachzudenken



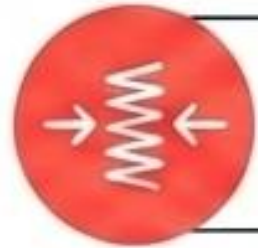
Rigider Fuss (Keine Aufrichtung bei Jack- oder Heel-Rise-Test)



Schmerzen (Fussinnenrand, OSG, oder rasche Ermüdung)



Asymmetrie (Einseitig ausgeprägter Befund)

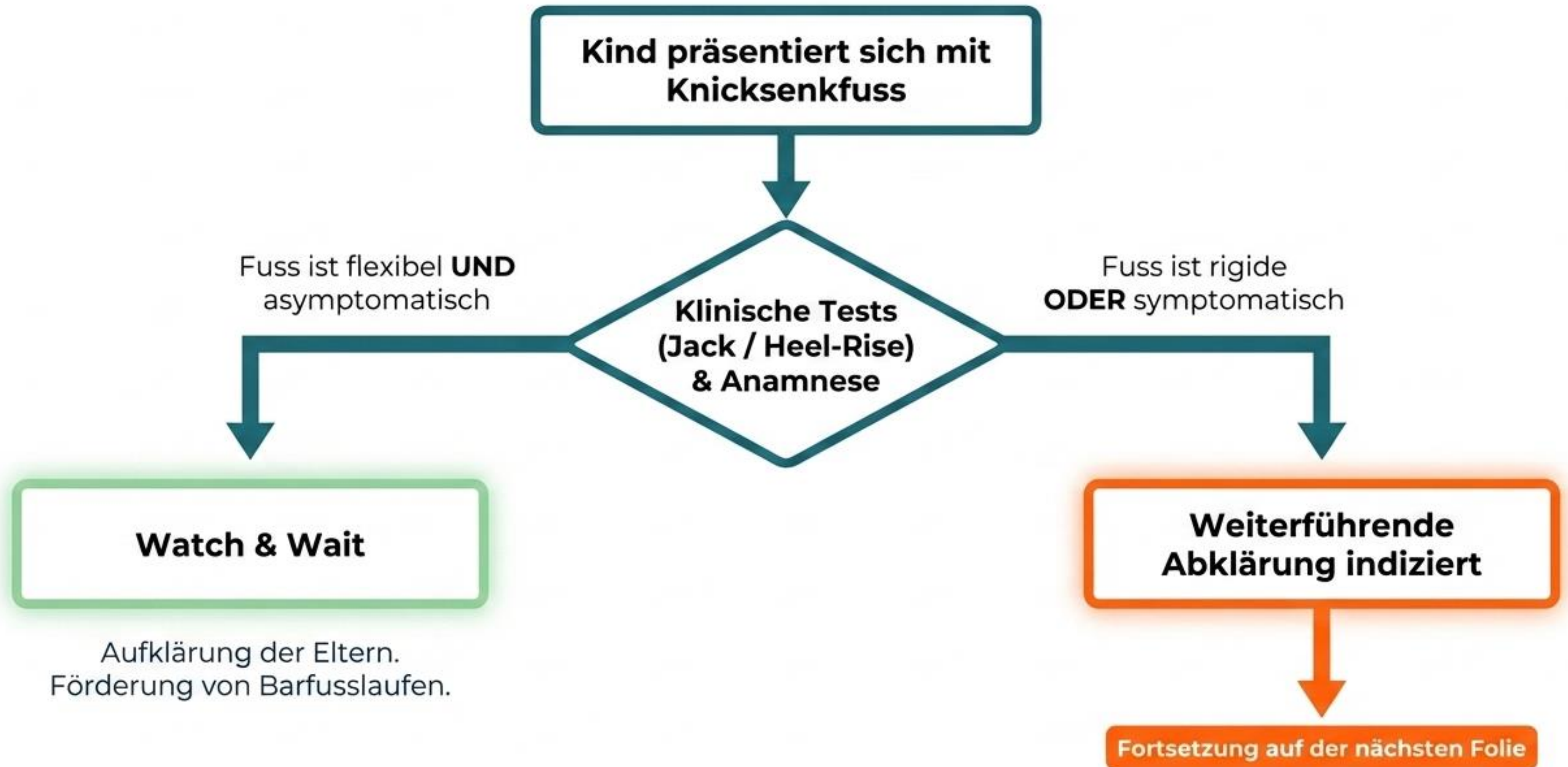


Kontrakturen (Ausgeprägte Wadenverkürzung)

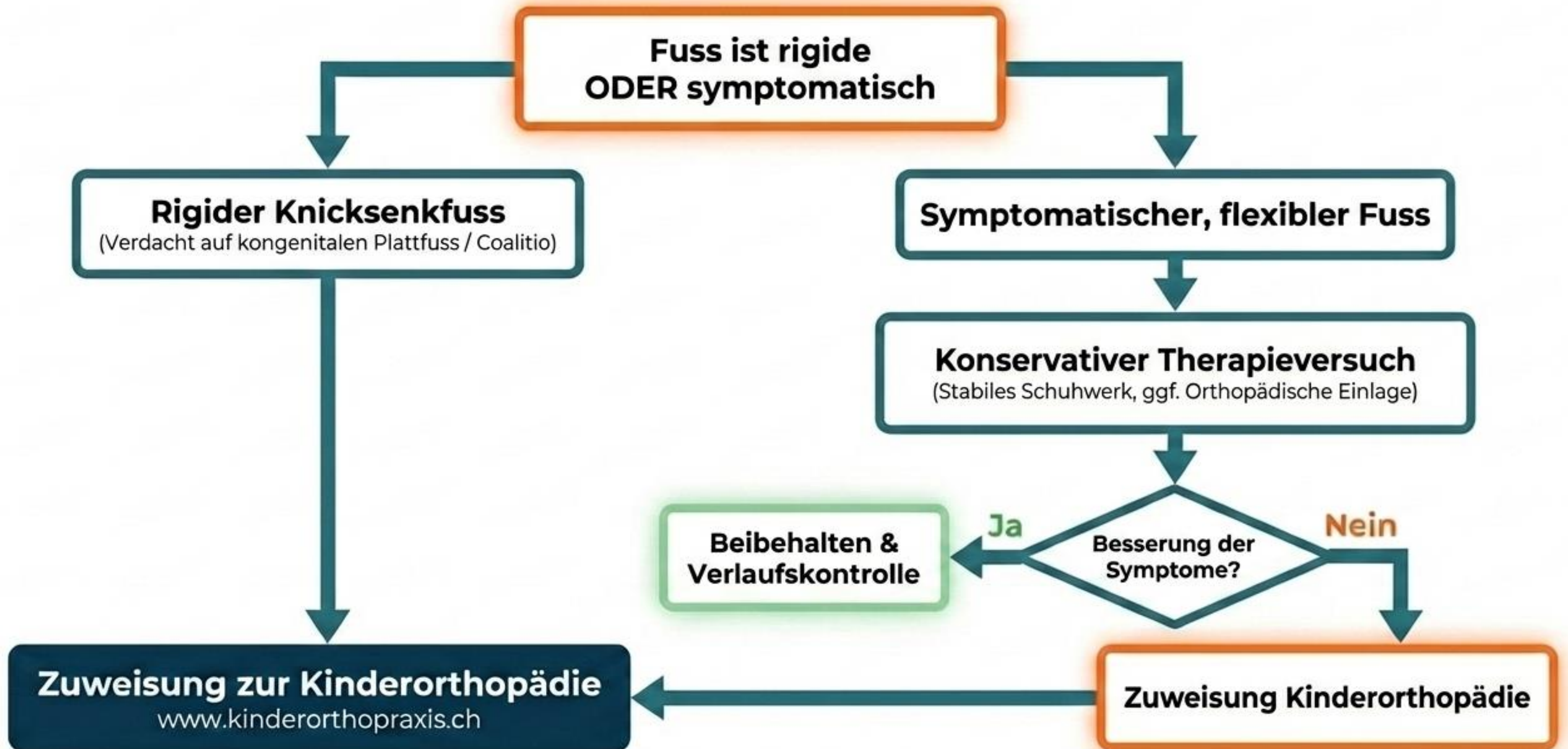


Neuromuskuläre Grunderkrankungen (z.B. CP, Trisomie 21)

Der Praxis-Algorithmus: Diagnosestellung



Der Praxis-Algorithmus: Intervention & Zuweisung



Kommunikationstipps für die Elternberatung


Evidenzbasiert entlasten – konkret formuliert für den Praxisalltag.

1. Zur Entwicklung



Ihr Kind ist völlig normal. Das Fussgewölbe entwickelt sich noch. Der Knicksenkfuss ist in diesem Alter eine natürliche Durchgangsstation.

2. Zum Schuhwerk

- 
- Schuhe dienen primär dem Schutz vor Verletzungen.
 - Schuhtipp: Ausreichend stabile Sohlen, gute Rückfussführung, gut Schnüren.
 - Für die Entwicklung des Fusses ist barfusslaufen das beste Training – besser als jede Physiotherapie.

3. Zu Einlagen



Einlagen machen den Fuss nicht 'gesund' oder verändern seine Form. Wir setzen sie nur ein, falls Ihr Kind tatsächlich Schmerzen beim Laufen hat.

Key Takeaways für Ihren Praxisalltag



1. Physiologische Norm:
Der flexible Knicksenkfuss ist meist eine harmlose, sich selbst korrigierende Durchgangsphase.



2. Schnelle Diagnostik:
Jack-Test und Heel-Rise-Test sichern die Diagnose von **Flexibilität** und **Funktion** in unter 60 Sekunden.

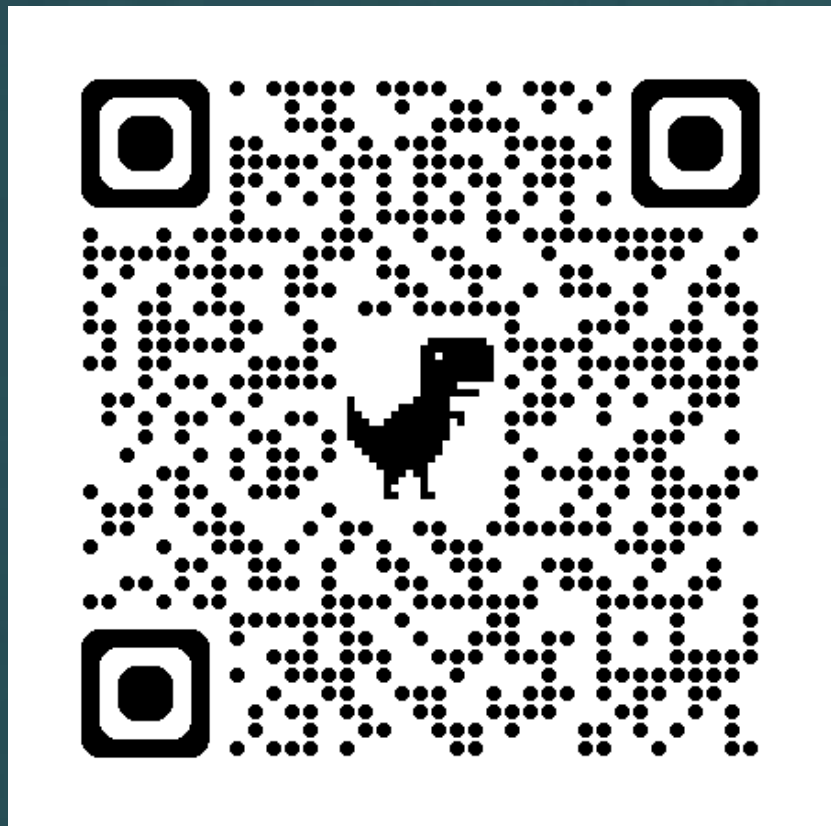


3. Klare Indikation:
Behandelt werden ausschliesslich symptomatische (Schmerz) oder rigide Füsse.



4. Evidenz sticht Mythos:
Einlagen korrigieren die Fussform nicht, Barfusslaufen ist förderlich.

Vielen Dank



Dr. med. Bernhard Speth

Praxis Kinder- und
Jugendorthopädie Speth

**Download
Vortrag**

Web: www.kinderorthopraxis.ch