

# Die ORTHOPTISTIN

NOVEMBER 2013 | 2. Jahrgang | Heft 2

## **THEMA:**

Perspektive Orthoptik  
– ein Standpunkt

## **INTERVIEW:**

Orthoptik-Studentin in Wien  
– wie geht das?

## **BERICHTE:**

Grenzüberschreitende Früherkennung  
von Sehfehlern bei Kleinkindern  
Welt-Orthoptik-Tag 2013

## **REFERATE:**

Tränenwegsstenose bei Kindern:  
Vermeehrt Anisometropie festgestellt  
Schiel-OP im Erwachsenenalter:  
Frauen besonders zufrieden  
u.v.a.m.

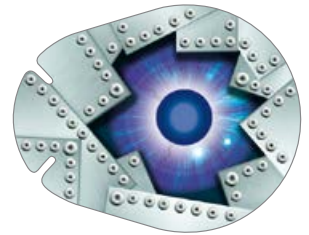


Eine Publikation  
des Kaden Verlags

**KADEN**

NEU!

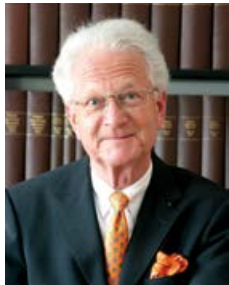
# Unsere Designs 2014\*



\*Erhältlich ab Januar 2014



# Ein neuer Tag



Dr. med.  
Reinhard Kaden

*Liebe Leserinnen  
und liebe Leser!*

Die Liste der Gedenk- und Aktionstage ist lang und vielfältig. Sie reicht vom Weltfriedenstag am 1. Januar, der von Papst Paul VI. proklamiert wurde, bis hin zum Internationalen Tag der Migranten am 18. Dezember. Dazwischen liegen z. B. der von der Weltblindunion ausgerufene Welttag der Brailleschrift am 4. Januar, der Tag der gesunden Ernährung am 7. März, der Weltwassertag am 22. März oder der Tag des deutschen Bieres am 24. April, der Welthändehygienetag am 5. Mai, der Tag des Schlafes am 21. Juni, der zugleich Deutscher Lebensmittel-Allergietag, Tag des Sonnenschutzes und Tag des Cholesterins ist. Kaum einer der 356 Tage des Jahres ist nicht belegt. Darum kommt man während des Jahres aus dem Gedenken und Bedenken kaum heraus. So gesehen sind auch hier Prioritäten zu setzen. Für Orthoptistinnen\* ist es zweifellos sinnvoll, fortan den 3. Juni im Kalender anzukreuzen, denn das ist seit Neuestem der Weltorthoptiktag.

\* Damit sind auch alle männlichen Mitglieder der Berufsgruppe eingeschlossen.

Die „International Orthoptic Association“ (IOA) hat ihn erstmals 2013 ausgerufen und will damit die Bedeutung der orthoptischen Tätigkeit herausheben. Zugleich ruft sie die Orthoptistinnen auf, lokal, national und international das Wissen der Bevölkerung darüber zu verbessern. Dieser Aufforderung sind in Deutschland viele gefolgt: Der Berufsverband der Orthoptistinnen Deutschlands e. V. (BOD) hat an diesem Tag eine Telefonhotline eingerichtet und die BOD-Regionalgruppe Heidelberg z. B. startete mit großem Erfolg eine Kindergartenaktion. Damit ist ohne Zweifel ein guter Anfang gemacht. Damit der Weltorthoptiktag ein richtiger Knaller wird, damit er in aller Augen und Ohren ist, bedarf es freilich flächendeckender, gemeinsamer Anstrengungen und kräftiger Verbündeter. Machen auch Sie sich auf den Weg! Der nächste 3. Juni kommt bestimmt. Näheres zum Weltorthoptiktag 2013 finden Sie neben vielen interessanten Informationen für die tägliche Praxis in dieser Ausgabe von „Die Orthoptistin“.

Redaktion, Verlag und das Piratoplast-Team wünschen Ihnen viel Vergnügen und fachlichen Gewinn bei der Lektüre.

Ihr  
Reinhard Kaden, Verleger

## THEMA

Perspektive Orthoptik  
– ein Standpunkt  
*Elke van Alen* **11**

## INTERVIEW

Orthoptik-Studentin in Wien  
– wie geht das?  
*Nachgefragt bei  
Lisa Schneeberger, Wien* **13**

## BERICHT

Grenzüberschreitende  
Früherkennung von Sehfehlern  
bei Kleinkindern **5**  
Welt-Orthoptik-Tag 2013 **7**

## REFERATE

Esotropie aus  
„börsartiger“ Ursache **4**  
OP am M. rectus lateralis macht  
zeitweilig etwas kurzsichtiger **4**  
Sagging-Eye-Syndrom **6**  
Schiel-OP im Erwachsenenalter:  
Frauen besonders zufrieden **6**  
Schielkinder fühlen sich  
kaum sozial stigmatisiert **9**  
Autismus: Viele Augenprobleme **9**  
Tränenwegsstenose bei Kindern:  
Vermehrt Anisometropie  
festgestellt **10**  
Amblyopierisiko bei Anisometropie:  
1 Dioptrie erhöht  
Risiko um das 12-fache **15**

**NACHRICHTEN** **8**

**IM FOKUS** **16**

**TERMINE** **16**

**IMPRESSUM** **10**

## Esotropie aus „bösaertiger“ Ursache

Der Überweisungsgrund in die Klinik war ein Einwärtsschielen und eine Einschränkung der Außenrotation des linken Auges, die bei dem 14 Monate alten Jungen seit etwa einem halben Jahr bestanden. Ein Trauma lag in der Anamnese nicht vor. Zwei Monate zuvor hatte man die Verdachtsdiagnose „paralytische Esotropie“ gestellt. Beschrieben waren eine Esotropie des linken Auges von 50 Prismendioptrien und eine leichte Verdickung des linken M. rectus medialis im CT. Bei der strabologischen Untersuchung fand sich eine Esotropie links in Primärposition von inzwischen 80 PD und eine Unfähigkeit, bis zur Mittellinie hin zu abduzieren. An der Spaltlampe wurde nichts Auffälliges diagnostiziert. Ein Exophthalmus lag

nicht vor. Der in Kurznarkose durchgeführte Traktionstest ergab eine Fixation des linken Auges nach innen. Dies legte den Verdacht auf ein mit der Orbita assoziiertes Geschehen nahe. Beim Termin des CT-Scans der Orbita in der darauf folgenden Woche hatte sich die Esotropie auf 90 Prismendioptrien erhöht. Die Bildgebung zeigte eine ausgeprägte und umschriebene Verdickung des Rectus medialis. Über einen anterioren Zugang wurde die Orbita eröffnet und der Tumor entfernt. Die Histopathologie beschied, dass es sich um ein Rhabdomyosarkom gehandelt hatte, so dass sich der Junge einer postoperativen Strahlentherapie unterziehen musste. Das Rhabdomyosarkom ist der häufigste primäre Orbitatu-

mor im Kindesalter. Die wichtigsten Symptome sind ein Exophthalmus oder eine andere Verlagerung des Bulbus (in 80–100%), Schwellungen der Konjunktiva und der Lider (60%) und ein tastbarer Tumor (25%). Schmerzen sind mit 10% der Fälle eher selten und eine isolierte Deviation mit Motilitätseinschränkung wie die beschriebene verleitet geradezu zu einer Fehldiagnose. Die den Fall vorstellenden Autoren weisen darauf hin, dass eine erworbene progressive Deviation an einen Orbitatumor denken lässt und zur Durchführung eines MRT oder eines CT mit Kontrastmittel führen sollte. *rdg*

*Chen J et al (2012) Medialis rectus rhabdomyosarcoma presenting as an esotropia with limited abduction. Can J Ophthalmol 47: e29–e30.*

## OP am M. rectus lateralis macht zeitweilig etwas kurzsichtiger

Veränderungen der Refraktion von Kindern nach einer Schieloperation sind verschiedentlich in der Fachliteratur beschrieben worden. Meist handelte es sich dabei um eine Zu- oder Abnahme eines Astigmatismus, für eine Beeinflussung der sphärischen Refraktion wurden in verschiedenen, meist etwas älteren Arbeiten keinerlei Hinweise gefunden. Dies ist in einer koreanischen Untersuchung anders, die jetzt in der Zeitschrift der amerikanischen Gesellschaft für pädiatrische Ophthalmologie und Strabismus veröffentlicht wurde. Bei den 24 Patienten im Durchschnittsalter von 8 Jahren wurde eine Rücklagerung des M. rectus lateralis vorgenommen. Die Refraktion wurde vor der OP, eine Woche und einen Monat danach in Zyklologie bestimmt. Außerdem wurde die Anatomie der vorderen Augenab-

schnitte mit einer Spezialkamera, der Pentacam, dokumentiert. Eine Woche nach der Operation waren die untersuchten Augen im Mittel um -0,71 Dioptrien kurzsichtiger geworden, von durchschnittlich -0,95 Dioptrien auf -1,66 Dioptrien. Nach einem Monat war diese Myopisierung rückläufig. Das Kollektiv war jetzt im Schnitt nur noch -1,38 Dioptrien kurzsichtig. Auf den Astigmatismus der Kinder hatte der Eingriff (im Schnitt wurde der Muskel um 6,9 mm rückgelagert) kaum einen Einfluss, das zylindrische Brechkraftdefizit sank von -1,09 auf -1,0 Dioptrien. Die koreanischen Augenärzte vermuten, dass sich dieser myopisierende Einfluss der Operation über längere Zeiträume wahrscheinlich abmildert (darauf deutet die geringere Myopie nach einem Monat gegenüber dem Wert nach

einer postoperativen Woche hin) und der Eingriff wahrscheinlich keinen dauerhaften Einfluss auf die Brillenstärke hat – oder die Notwendigkeit, eine Korrektur überhaupt tragen zu müssen. Warum eine Muskelrücklagerung das Auge (vorübergehend) myoper macht, ist noch nicht geklärt. Vermutet wird eine Veränderung der auf die Kornea wirkenden Muskelkräfte (der horizontale Hornhautmeridian war im koreanischen Kollektiv deutlich abgeflacht), eine segmentale Unterbrechung der Blutversorgung des Ziliarmuskels mit Folgen für die Krümmung der Linse oder eine Auswirkung der Wundheilung auf Hornhautparameter. *rdg*

*Noh JH et al (2013) Changes in refractive error and anterior segment parameters after isolated lateral rectus muscle recession. J AAPOS 17: 291–295*

# Grenzüberschreitende Früherkennung von Sehfehlern bei Kleinkindern

Im Februar 2013 startete im deutsch-niederländischen Grenzgebiet die Aktion „Schlecht sehen – schlecht zien – goodbye“. Ziel ist es, in diesem ländlichen, mit Ärzten unterbesetzten Gebiet Sehfehler bei Kleinkindern möglichst früh zu erkennen, um eine Amblyopie sicher vermeiden zu können. Kooperationspartner des mit öffentlichen Mitteln finanzierten Projektes sind das Augen-Zentrum-Nordwest in Ahaus im westlichen Münsterland und die Orthoptistenpraxis „Zicht en Zien“ in Rietmolen/Niederlande. Die Untersuchung wird durch die Orthoptistin Carina Schücker im Gesundheitszentrum in Legden und auf niederländischer Seite durch die Orthoptistin Anne Marie Leemreize in Rietmolen durchgeführt. Es finden aber auch Besuche vor Ort in Kindergärten statt. Beide Orthoptistinnen arbeiten dabei mit dem Sehtestgerät „plusoptix S09“. Das Gerät misst aus einem Meter Entfernung sekundenschnell

ohne Mydriasis die Refraktion beider Augen, so dass Brechungsfehler ohne Beeinträchtigung der Kinder aufgedeckt werden können. Außerdem gibt das „plusoptix S09“ Hinweise auf Augenfehlstellungen. Durch einen zusätzlichen Stereo-Sehtest soll Schielen sicher mit ausgeschlossenen werden. Auch Medientrübenungen wie z.B. eine Katarakt sind auf dem Monitor bei der Messung erkennbar.

## Datenübertragung zum Augenarzt per Breitbandverbindung

Die von den Orthoptistinnen erhobenen Untersuchungsbefunde werden in Form von Videosequenzen als Datensatz über Breitbandverbindungen zu den Augenärztinnen Dr. Monika Fröhlich und Dr. Stefanie Schmickler im Augen-Zentrum-Nordwest in Ahaus übertragen und dort bewertet. Die Eltern erhalten einen Befund und gegebenenfalls einen Bericht für ihren Augenarzt, mit der Bitte, diesen

aufzusuchen und sich hier weiter untersuchen zu lassen. Durch die Rückantwort des Augenarztes soll die Sensitivität dieses telemedizinischen Verfahrens erfasst werden.

## Erste Ergebnisse erfolgversprechend

Im Zeitraum von März bis Ende September 2013 wurden 677 Kinder untersucht. Die Zahl der unter 3-Jährigen lag bei 326. Das jüngste Kind war 6 Monate alt, das älteste 13 Jahre. Bei 21% Prozent der Kinder wurde eine Empfehlung zur Nachuntersuchung ausgesprochen, wobei hierunter auch Kinder fallen, die bereits Brillenträger sind.

Das Projekt ist auf eine Dauer von 2 Jahren angelegt. Während dieser Zeit wird für die Untersuchung kein Honorar berechnet, um einen freien Zugang zu gewährleisten und das Verfahren publik zu machen. Mit Hilfe der gewonnenen Daten sollen später die Krankenkassen überzeugt werden, diese wichtige und frühe Vorsorgeuntersuchung finanziell zu fördern. Pro Untersuchung fallen Kosten von zirka 30 Euro an.

Dank dieses Projektes wurden viele Kinder früher als üblich untersucht. Der hier beschrittene telemedizinische Weg – so folgern die Kooperationspartner – stellt einen praktischen und sicheren Weg dar, Fehlsichtigkeiten bei Kindern durch eine Orthoptistin frühzeitig zu erkennen und einer Behandlung zuzuführen. Dies gilt besonders für ländliche Regionen, in denen das Angebot an Augenärzten deutlich geringer als in der Großstadt ist.



Orthoptistin Carina Schücker bei der Untersuchung mit dem Plusoptix-Sehtestgerät

## Sagging-Eye-Syndrom: Gerissene Ligamente, dislozierte Bindegewebshüllen, verlängerte Recti

Als „Sagging-Eye-Syndrom“ wird in der englischsprachigen Literatur ein Krankheitsbild älterer Menschen bezeichnet, das durch eine Ptosis (mit Involution der orbitalen Bindegewebe sowie des orbitalen Fettkörpers) und eine meist akut auftretende Diplopie gekennzeichnet ist. Am „Jules Stein Eye Institute“ in Los Angeles wurde bei 28 Patienten, bei denen man das Syndrom diagnostizierte, eine Magnetresonanztomographie (MRT) beider Orbitae durchgeführt. Die Patienten waren im Schnitt 69 Jahre alt, 11 von ihnen hatten eine paralytische Esotropie, 17 einen zyklischen Strabismus (CVS). Die Auswertung

der Bildgebung ergab eine signifikante inferolaterale Verlagerung der Bindegewebshülle des M. rectus lateralis bei Patienten mit Esotropie. Im Vergleich zu ebenfalls mit dem MRT untersuchten Kontrollpersonen betrug diese Verlagerung im Schnitt 4,0 mm nach lateral und 5,9 mm nach inferior. Bei Patienten mit zyklischem Strabismus lag diese Hülle des M. rectus medialis gegenüber Gesunden um 2,6 mm inferior und um 1,6 mm temporal. Das den M. rectus lateralis und den M. rectus superior verbindende Ligament war bei 91 % der Patienten gerissen, was zur Anamnese eines plötzlichen

und initial schmerzhaften Beginns der Diplopie passt, welche einige Betroffene zu Protokoll gaben. Der vielleicht auffallendste Befund: Alle vier Rectus-Muskeln waren deutlich verlängert, nicht nur gegenüber jüngeren, sondern auch gegenüber augengesunden Kontrollpersonen vergleichbaren Alters – der Rectus superior beispielsweise auf 40,7 mm (paralytische Esotropie) bzw. 43,3 mm (CVS) gegenüber 37 mm bei älteren Probanden, der M. rectus lateralis auf 45,3 mm und 46,8 mm gegenüber 30,9 mm. Das Syndrom gilt als altersabhängige Degeneration des orbitalen Bindegewe-

## Schiel-OP im Erwachsenenalter: Frauen sind besonders zufrieden

Sich im Erwachsenenalter eine Augenfehlstellung korrigieren zu lassen, hat nichts – wie von manchen Laien behauptet – mit kosmetischer Chirurgie zu tun. Die Behebung eines Strabismus geht tiefer, berührt Bereiche wie soziale Interaktion, Selbstachtung und nicht zuletzt Lebensfreude. Wie sehr diese durch eine (gelungene) Schieloperation verbessert werden kann, haben jetzt Augenärzte aus Liverpool nachgewiesen, als sie 86 Patienten vor und nach einem solchen Eingriff nach verschiedenen individuellen, vor allem psychosozialen Aspekten befragten. Das Medium, mit dem die Änderung der Befindlichkeit und der Lebensqualität evaluiert wird, ist ein speziell für erwachsene Schieler konzipierter Fragebogen, der „Adult

Strabismus 20“ (AS-20)-Test. Er besteht aus 20 Fragen, die jeweils eine Auswahl an 5 Antworten anbieten, welche mit einem Punktwert verknüpft sind. Zu den Fragen gehört z. B. „Ich frage mich, was die Leute von mir denken, wenn Sie meine Augen sehen.“ Weiterhin war Stellung zu nehmen zu den Punkten: „Wegen meiner Augen kann ich meine Hobbys nicht genießen.“ und „Wegen meiner Augen vermeide ich es zu lesen.“ Den Test kann man sich auf der Website der „Pediatric Eye Disease Investigator Group“ kostenlos herunterladen. Am Ende des Tests wird ein Score errechnet, mit dem die Situation der Patienten beurteilt wird: Die Skala der Ergebnisse reicht von Null (schlechtest möglich) bis 100, dem bestmöglichen Resultat.

Die 86 Schieler aus Liverpool waren im Schnitt 47 Jahre alt. Häufigster Stellungsfehler war eine manifeste Exo-Deviation (60 % des Kollektivs). Insgesamt lag in dieser Gruppe präoperativ eine durchschnittliche Abweichung von 30,5 Prismendioptrien vor. Der Score im AS-20-Test betrug vor dem Eingriff im Mittel 45. Gut drei Monate nach der Schieloperation wurden die Patienten erneut untersucht und abermals mit Hilfe des AS-20-Tests befragt. Die durchschnittliche Deviation war als Folge des Eingriffs auf 6 Dioptrien (bei horizontalen Abweichungen) bzw. 5 Dioptrien (bei vertikalen Fehlstellungen) zurückgegangen. Die Einschätzung der Lebensqualität hatte sich beträchtlich verbessert: Im Schnitt brachten es die 86 Patienten jetzt auf



# Welt-Orthoptik-Tag 2013: Ein Anfang ist gemacht

webes, die zu einem meist bilaterale recht symmetrischen Absacken (to sag) der Bulbi mit den genannten Formen des Strabismus führt. Das rechtzeitige Erkennen dieses Alterungsprozesses könne – so die Autoren – den Betroffenen eine umfassende neurologische Diagnostik bei Auftreten der Symptome ersparen. *rdg*

*Chaudhuri Z, Demer JL (2013) Sagging eye syndrome. Connective tissue involution as a cause of horizontal and vertical strabismus in older patients. JAMA Ophthalmol 1131: 619–625*

einen Score von 73. Besonders ausgeprägt war dieser mentale und psychologische Aufschwung bei den weiblichen Patienten: Bei ihnen kam es zu einer regelrechten Verdopplung des AS-20-Wertes. Nicht ganz überraschend: Sowohl bei Männern als auch bei Frauen waren die Scores umso höher, je kleiner der Rest-Schielwinkel war. *rdg*

*Glasman P et al (2013) Improvement in patients' quality-of-life following strabismus surgery: evaluation of postoperative outcomes using the Adult Strabismus 20 (AS-20) score. Eye, online publiziert am 9. August*



Foto: Kindergarten „Kleine Pustelblume“, Heidelberg

„Schielaktion“ im Heidelberger Kindergarten Pustelblume. Spontan – so berichten die Kindergärtnerinnen – haben einige größere Kinder sich nicht nur ein Auge, sondern beide Augen abgeklebt und sich von anderen Kindern führen lassen.

**O**rthoptik klänge irgendwie nach einer Mischung aus Optik und Orthopädie – so Michael Kraus, Redakteur beim „Pfaffenhofer Kurier“, zu Beginn eines Interviews anlässlich des 1. Welt-Orthoptik-Tages am 3. Juni 2013. Wie er selbst würden wohl die meisten Menschen „begrifflich eher ratlos“ sein. Gut, dass er mit Ursula Bergenthum, der Regionalsprecherin Bayern des „Berufsverbandes der Orthoptistinnen Deutschlands e. V.“ (BOD) eine kompetente Gesprächspartnerin hatte, die ihm und den Lesern des Blattes erklärte, dass Orthoptik für Geradesehen steht und sich die Orthoptistin „mit dem Erkennen und Behandeln von Stellungsfehlern der Augen befasst“. Gut auch, dass die „Internationale Orthoptik Gesellschaft“ diesen Gedenktag installiert hat, denn offensichtlich kann der Bekanntheitsgrad des Berufsstandes noch um einiges größer werden.

## „Telefonhotline“ und Kindergartenaktion erzielen große Aufmerksamkeit

Der BOD hatte bundesweit eine ganztägige „Telefonhotline“ für allfällige Fragen aus der Bevölkerung eingerichtet. Auf Initiative der BOD-Regionalgruppe Baden-Württemberg hatte auch die Heidelberger Rhein-Neckar-Zeitung ihren Lesern eine Telefonsprechstunde angeboten: Zwei Stunden lang stand dort Dr. Flemming Beisse von der Universitätsaugenklinik für Fragen zur Verfügung. Großes Interesse fand in Heidelberg auch die von Petra Kampman und Ute Marxsen initiierte Kindergartenaktion, bei der Informationsbroschüren und Okklusionspflaster zur Verfügung gestellt wurden. In der integrativen Kindertagesstätte „Pustelblume“ beispielsweise fand daraufhin eine zweitägige Aufklärungsaktion statt: Die Kinder schauten gemeinsam mit ihren Betreuerinnen die Schielbücher an, erfuhren, was Schielen bedeutet und wie wichtig das Abkleben mit dem Augenpflaster ist. Danach konnten die Kinder erleben, wie es ist, wenn man nur mit einem Auge sieht. Am zweiten Tag konnten alle Kinder sich noch einmal anhand des eigenen „Abklebebuches“ mit dem Thema auseinandersetzen, die Bilder z. T. ausmalen und das Buch mit nach Hause nehmen und mit den Eltern darüber sprechen und austauschen. Wie in Heidelberg wurde auch an anderen Orten darauf hingewiesen, was Orthoptik bedeutet und welche Aufgaben Orthoptistinnen übernehmen. Damit ist ein Anfang gemacht. Ein bisschen mehr darf es 2014 aber durchaus sein. ○

## Orthoptistenschule Heidelberg: Barbara Stoll geht, Birgit Wahl kommt

Nach fast 43-jähriger Tätigkeit am Universitätsklinikum Heidelberg wird Barbara Stoll, die Leiterin der Orthoptistenschule Heidelberg, am 30. November 2013 in den Ruhestand gehen. In dieser Zeit ist in der Orthoptistinnenausbildung ein großer struktureller Umbruch vor sich gegangen: Während die Ausbildung früher völlig dem ärztlichen Leiter der Augenklinik unterstellt war, ist die Schule heute eine eigene Institution innerhalb der zur Universität gehöri- gen „Akademie für Gesundheitsberufe“. Der Kontakt zur Klinik besteht aber fort: Ärztliche Schulleiterin ist PD Dr. Christina Beisse, die der Sektion für Schielbehandlung und Neuroophthalmologie der Universitätsaugenklinik vorsteht. Somit ist eine enge Verzahnung der theoretischen mit der praktischen Ausbildung für die Orthoptistinnen gewährleistet.

Meilenstein während der Tätigkeit von Frau Stoll war die Regelung der Ausbildung zur Orthoptistin/ zum Orthoptisten durch das „Gesetz über den Beruf der Orthoptistin/des Orthoptisten“ (Orthoptistengesetz- OrthoptG) vom 28. November 1989 sowie die „Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Orthoptistinnen und Orthoptisten“ (OrthoptAPrV) vom 21. März 1990 und nicht zuletzt die Erarbeitung und Begleitung des ausbildungsorientierten Bachelor-Studienganges „Interprofessionelle Gesundheitsversorgung“ an der medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg, der im Wintersemester 2011 begonnen hat.

Nachfolgerin von Frau Stoll ist Birgit Wahl, die zuvor an der Berufsfachschule für Orthoptik an der Augenklinik des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf als Lehrorthoptistin tätig war.

## Gail Stephenson neue OCE-Präsidentin

Gail Stephenson, Leiterin des „Directorate of Orthoptics and Vision Science“ an der Schule für Gesundheitswissenschaften der Universität von Liverpool, ist im Frühsommer 2013 als erste Britin zur Präsidentin der „European Association of Orthoptics“ (OCE) gewählt worden. Sie hofft, während ihrer Amtszeit besonders die Orthoptisten in jenen Ländern

unterstützen zu können, in denen der Berufsstand noch nicht vollständig etabliert ist, damit auch dort die europäischen Standards der Orthoptistenausbildung etabliert werden. Mitglieder der OCE sind insgesamt 13 nationale Orthoptistenorganisationen. Die neue OCE-Präsidentin ist per E-Mail zu erreichen unter: M.G.Stephenson@liverpool.ac.uk



### BOD-Jahreskongress 16.11.2013 Fulda



Näheres: [www.orthoptistinnen.de](http://www.orthoptistinnen.de)

Foto: wikipedia/Frank Schulenburg

## Aktualisiert: BOD-Ratgeber „Legasthenie“

Der Berufsverband der Orthoptistinnen Deutschlands e. V. (BOD) hat die Informationen rund um das Thema „Legasthenie/Dyskalkulie und Sehen“ überarbeitet und mit neuen Informationen aktualisiert. Dabei wird Eltern und Betroffenen u. a. erläutert, warum eine augenärztliche-orthoptische Untersuchung ein wichtiger Baustein in der Diagnostik einer Legasthenie/ Dyskalkulie ist.

Der neue Ratgeber wird in Kürze erscheinen und ist in der Geschäftsstelle des BOD erhältlich: BOD e. V., Josephsplatz 20 90403 Nürnberg [www.orthoptistinnen.de](http://www.orthoptistinnen.de)



## Schielkinder fühlen sich kaum sozial stigmatisiert

Verschieden Studien haben ergeben, dass schielende Kinder von ihren Altersgenossen diskriminiert werden. Vor kurzem hat nun aber eine Arbeitsgruppe der Mayo Klinik in Rochester (US-Bundesstaat Minnesota) Widersprüchliches publiziert. In dieser Studie wurden 80 Kinder und Jugendliche (Alter zwischen 5 und 17 Jahren) sowie deren Eltern zu verschiedenen Aspekten der Lebensqualität im Zusammenhang mit einer intermittierenden Exotropie befragt. Bei den Patienten lag eine Abweichung beim Blick in die Ferne von 10 Prismendioptrie und mehr vor (Durchschnittswert 25 Prismendioptrien). Der Visus in dem Kollektiv betrug 0,5 oder besser. Die Probleme im täglichen Leben, die von den Kindern am häufigsten genannt

wurden bzw. die Aussagen auf dem Fragebogen IXTQ („Intermittent Exotropia Questionnaire“), denen die höchste Zustimmung zuteil wurde, waren: „Es ärgert mich, dass ich ein Auge zukneifen muss, wenn die Sonne scheint.“ (Score von 0,56, je höher, desto wichtiger), gefolgt von „Es stört mich, dass die Leute sich fragen, was mit meinen Augen ist.“ (0,39) und „Es stört mich, dass es immer etwas dauert, bis meine Augen klar sind.“ (0,38). Dass Strabismus etwas Wichtiges ist, verstehen die Kinder: „Ich mache mir Sorgen um meine Augen.“ kam mit einem Score von 0,36 auf Platz 4. Schlusslichter unter diesen Fragen und damit die geringeren Probleme für die intermittierend exotropen jungen Patienten waren:

„Wegen meiner Auge fühle ich mich anders als andere Kinder.“ (0,18), „Kinder ziehen mich wegen meiner Augen auf.“ (0,11) und „Wegen meiner Augen finde ich kaum Freunde.“ (0,06). Diese sicher insgesamt erfreulichen Ergebnisse waren nicht nur bei jüngeren wie älteren Patienten ähnlich, sondern wurden (mit leichten Abweichungen) auch von den Erziehungsberechtigten geteilt. Bei diesen stand die grundsätzliche Sorge um die Augen der Kinder im Vordergrund (0,40); dass die Kinder keine Freunde finden könnten, war mit einem Score von 0,03 offenbar überhaupt keine drückende Sorge. rdg

*Yamada T et al (2012) Specific health-related quality of life concerns in children with intermittent exotropia. Strabismus 20: 145–151*

## Autismus: Viele Augenprobleme

Eine Vorstellung davon, was Autismus ist, dürfte wohl jeder haben, der eine der unzähligen Fernsehweiterholungen von „Rain Man“ mit Dustin Hoffman und Tom Cruise gesehen hat. Weit weniger bekannt ist, dass Kinder mit Erkrankungen aus dem autistischen Formenkreis (ASD, autism spectrum disorders, hierzu gehören auch das Asperger- und das Rett-Syndrom) überdurchschnittlich häufig Augenprobleme haben. 44 Kinder mit autistischen Erkrankungen, die innerhalb der letzten 5 Jahre ein großes Krankenhaus in der amerikanischen Stadt Baltimore aufsuchten, wurden dort von Orthoptistinnen und auf Kinder spezialisierten Augenärzten untersucht. Bei 52% von ihnen wurden okuläre Auffälligkeiten gefunden. Nicht

weniger als 41% der autistischen Kinder hatten einen Strabismus, bei 27% lag ein deutliches Refraktionsdefizit vor. Immerhin jedes zehnte dieser Kinder war auf einem Auge amblyop, was in gleicher Häufigkeit auf eine Anisometropie wie auf ein Schielen zurückgeführt wurde. Der Stereotest mit den Titmus-Tafeln gelang bei jedem dritten dieser Kinder nicht – sei es durch einen Mangel an stereoskopischer Wahrnehmung, sei es durch einen Mangel an Kooperation. Autistische Behinderungen treten statistisch zwischen einmal auf 88 bis zu einmal auf 150 Geburten auf. Bei Jungen scheinen sie häufiger zu sein als bei Mädchen: Die „Centers of Disease Control“ (CDC) in Atlanta nennen ein Vorkommen auf 1:54 bei Jungen

und 1:252 bei Mädchen. Autismus kann sich auf vielerlei Art äußern, von leichten Verhaltensstörungen bis hin zu schwerer geistiger Behinderung. Typisch sind Beeinträchtigungen des Sozialverhaltens und die sogenannte Inselbegabung, die Fähigkeit zum Beispiel künstlerisch oder musikalisch Außergewöhnliches leisten zu können. Oder ein geradezu fotografisches Gedächtnis zu haben, wie der amerikanische Autist Kim Peek, der mehr als zehntausend Bücher beinahe auswendig wusste. Seine Biografie war das Vorbild für die Figur des von Dustin Hoffman dargestellten Raymond Babbitt in „Rain Man“. rdg

*Black K et al (2013) Ocular manifestations of autism in ophthalmology. Strabismus, online publiziert am 29. Mai*

## Tränenwegsstenose bei Kindern: Vermehrt Anisometropie festgestellt

Ein Verschluss der ableitenden Tränenwege ist bei kleinen Kindern alles andere als selten. Man schätzt, dass zwischen 5 und 15 % aller Neugeborenen, die termingerecht das Licht der Welt erblicken, eine Stenose dieses feinen Kanals haben, der von den Tränenpünktchen im inneren Lidwinkel in Richtung Nase verläuft. Wichtigste Symptome des Tränenwegverschlusses sind permanentes Tränenträufeln und häufig auch die Absonderung eines schleimigen bis eitrigen Sekrets.

Eine amerikanische Studiengruppe hat jüngst ein großes Kollektiv von Kindern mit Tränenwegsstenose auf ihre refraktive und funktionelle Entwicklung hin untersucht und ist zu einem überraschenden Ergebnis gekommen: Eine Anisometropie (definiert als ein Unterschied in der Brechkraft von mehr als einer Dioptrie) war bei den mehr als 1 200 Kindern doppelt so häufig wie normalerweise in dieser Altersgruppe zu erwarten. Eine Anisometropie wurde bei 6,5 % der im Schnitt bei Diagnosestellung 14 Monate alten Kinder festgestellt und bei 8,6 % in nachfolgenden Untersuchungen. Größere epidemiologische Untersuchungen haben in der Vergangenheit die Prävalenz der Anisometropie im Kleinkindesalter auf etwa 2 bis 3 % geschätzt. 85 % dieser anisometropen Kinder hatten einen einseitigen Tränenwegverschluss. Bei jenen Patienten, von denen Daten zu Nachuntersuchungen verfügbar waren, wurde bei 5,8 % (28 Kindern) eine Amblyopie

festgestellt. Bei 16 dieser 28 Kinder wurde die Anisometropie als amblyogen identifiziert, bei 5 weiteren lag eine gemischte Amblyopie, zum Beispiel als Folge einer Kombination Anisometropie-Strabismus vor. Warum ein Tränenwegverschluss zu einer Anisometropie führen (oder dazu beitragen) kann, ist noch unklar. Vermutet wird unter anderem, dass es zu einer Bildverformung des sich entwickelnden Auges durch exzessiven Tränenfilm und durch die Absonderungen kommen mag. Auch scheint es möglich, dass der auf dem Auge befindliche Tränensee das Ergebnis einer Refraktionsuntersuchung verfälscht und die einseitige Fehlsichtigkeit – meist eine Hyperopie – zunächst unentdeckt bleibt. Bei der amerikanischen Studie handelt es sich um eine retrospektive Untersuchung, eine Auswertung der Befunde der betroffenen Kinder. Wünschenswert wäre eine prospektive Studie, bei der untersucht werden könnte, ob ein frühzeitiger Eingriff am verschlossenen Tränenkanal die Wahrscheinlichkeit der Entwicklung einer Anisometropie verringern kann. Die Autoren empfehlen, bei Kindern mit Tränenwegverschluss bereits eine (oder ggf. mehrmalige) Refraktionsuntersuchungen in Zykloplegie vorzunehmen, um einseitige Brechkraftdefizite rechtzeitig zu erkennen. *rdg*

*Kipp M et al (2013) Anisometropia and amblyopia in nasolacrimal duct obstruction. J AAPOS 17: 235–238*

# ORTHOPTISTIN

ISSN 2195-1918

#### HERAUSGEBER UND VERLAG:

Dr. Reinhard Kaden Verlag  
GmbH & Co. KG  
Maaßstr. 32/1, 69123 Heidelberg  
Tel.: 06221/1377600, Fax 29910  
www.kaden-verlag.de

#### SCHRIFTLEITUNG:

Dr. med. Reinhard Kaden, Heidelberg

#### REDAKTIONSBEIRAT:

Prof. Dr. med. Anja Eckstein, Essen  
Prof. Dr. med. Michael Gräf, Gießen  
Ute Marxsen, Heidelberg  
Barbara Stoll, Heidelberg  
Prof. Dr. med. Michael P. Schittkowski,  
Göttingen  
Birgit Wahl, Heidelberg

#### ERSCHEINUNGSWEISE:

2 Ausgaben jährlich

#### COPYRIGHT:

Mit der Annahme eines Manuskriptes erwirbt der Verlag für die Dauer der gesetzlichen Schutzfrist (§ 64 UrhRG) die Verwertungsrechte im Sinne der §§ 15 ff. des Urheberrechtsgesetzes. Übersetzung, Nachdruck, Vervielfältigung auf fotomechanischem oder ähnlichem Wege, Vortrag, Funk- und Fernsehsendung sowie Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen – auch auszugsweise – sind nur mit schriftlicher Zustimmung des Verlages gestattet.

#### LAYOUT:

Alexander Lorenz, Heidelberg

#### DRUCK:

Neumann Druck  
69126 Heidelberg

Haben Sie Fragen oder Anregungen?  
Dann kontaktieren Sie uns unter  
ortho@kaden-verlag.de

# Perspektive Orthoptik

## – ein Standpunkt

von Elke van Alen



Elke van Alen

**L**iebe Kolleginnen\*, stellen Sie sich vor, Sie lesen diese Schlagzeile: „Arbeitsamt muss Orthoptistinnen\* aus dem EU-Ausland anwerben.“ Könnte es sein, dass wir im Jahr 2023 nicht mehr alle freien Stellen mit Kolleginnen aus Deutschland besetzen können? Oder gibt es einfach in Deutschland kaum noch Stellen für Orthoptistinnen? Aus Kostengründen gestrichen? Ein aussterbender Beruf? Beides wäre vorstellbar, meist beschäftigt uns die letztgenannte Perspektive.

### **Berufstätigkeit unter sich wandelnden Bedingungen**

Das Gesundheitswesen macht es uns nicht leicht. Die meisten Kolleginnen arbeiten alleine in der Praxis, wie die Ärzte und Arzthelferinnen, immer ein wenig zerrieben zwischen Terminnot, Praxisstress und finanziellen Budgets. Aber auch die Kolleginnen in den Kliniken erleben teilweise den Umbau oder Zerfall ihrer Abteilungen. Gute Nachrichten für zukünftige Ent-

\* Mit der Bezeichnung Kollegin und Orthoptistin sind natürlich auch alle männlichen Mitglieder der Berufsgruppe angesprochen.

wicklungen gibt es wenige. Manche Kolleginnen sind zu Recht frustriert. Es gibt auch Kolleginnen, die nehmen die Situation als Ansporn. Sie haben sich schon auf den Weg gemacht, eine Zukunft für ihre orthoptische Passion zu suchen: Für Vorsorge und Rehabilitation gibt es neue Arbeitsmodelle bei Kinderärzten oder Reha-Kliniken, oder persönliche Versorgungsverträge mit Krankenkassen. Low-Vision-Patienten werden beim Optiker durch Orthoptistinnen betreut. Mutige überlegen ihre eigene Praxis mit beratenden und therapeutischen Angeboten zu betreiben. Diese Kolleginnen versuchen Nischen für ihr Tun zu entdecken und zu nutzen, vielfach sehr erfolgreich. Viel persönliches und zeitliches Engagement steht vor dem „Lohn“. Die Kolleginnen treten oft nicht berufspolitisch sichtbar auf, arbeiten im Stillen. Für alle Orthoptistinnen könnten diese Beispiele eine hohe Motivation bedeuten! Ich würde mir wünschen mehr von den persönlichen Erfahrungen dieser Kolleginnen zu hören, vielleicht auch im Rahmen eines solchen Artikels.

### **Arbeiten im Netzwerk Kindertherapie schafft Synergien und hilft Missverständnisse zu vermeiden**

Auch ich habe mich auf den Weg gemacht, schon vor rund 10 Jahren. Mit der Gründung des Netzwerks Kindertherapie Hamburg-West ([www.netzwerk-kindertherapie.de](http://www.netzwerk-kindertherapie.de)) als regionalem, interdisziplinärem Zusammenschluss von Berufsgruppen, die

mit Kindern arbeiten, ist für mich ein Schritt in die richtige Richtung gelungen. Nach den ersten Gesundheitsreformen und neu eingeführten Budgets wurde der „Therapeutenmarkt“ immer härter umkämpft. Ausbleibende Überweisungen z. B. an Ergo- und Physiotherapeuten, schlechtere Arbeitsbedingungen, aufwendige Therapiepläne und Therapiezielvorgaben haben die Arbeitsbedingungen der Therapeuten verschlechtert. Eine generelle „Klimaverschlechterung“ bei der gemeinsamen Betreuung unserer Patienten war die Folge. Es kam vor, dass Eltern und Patienten, denen ich eine Okklusion verordnet hatte, zur Kontrolle kamen und berichteten, dass sie die Therapie abgebrochen hätten, da ihre Ergotherapeutin gesagt habe, sie könne ihre Therapie einstellen, wenn das Kind abkleben würde. Die Eltern waren völlig verunsichert. Ein Orthopäde und Osteopath nahm einem Schulkind mit Asthenopie bei Esophorie die +3,0 sph-Brille (womit das Kind beschwerdefrei war) als Normwert ab, und behandelte die auftretenden Kopfschmerzen als Atlas-Syndrom. Einzelfälle, aber sicher kennen Sie alle auch solche Episoden. Doch statt mich zu ärgern, griff ich zum Telefon und suchte die Kommunikation – für die Kinder. Der gemeinsame Nenner – der Wille, Kindern zu helfen – sollte über allem stehen. Dann sollte es möglich sein, sich im interprofessionellen Dialog über die Prioritäten der therapeutischen Maßnahmen abzustimmen.

Im Netzwerk arbeiten wir mit einem harten Kern von 25 Therapeuten – Ergo- und Physiotherapeuten, Kinder- und



## E. VON ALEN: PERSPEKTIVE ORTHOPTIK!

Jugendpsychiater, Lerntherapeuten, Psychologen und Familientherapeuten, Logopäden, Hebammen und anderen Berufsgruppen. Nach einer Phase des Kennenlernens, gegenseitiger Information und Fortbildung steht heute der interdisziplinäre Austausch über den individuellen Patienten im Vordergrund. So entwickelte sich ein Arbeitsumfeld, welches von Verständnis und Wertschätzung geprägt ist – eine hohe Motivation für meine Arbeit!

---

### **Fortbildung über zerebral bedingte Sehbeeinträchtigungen**

---

Die Zusammenarbeit mit den anderen Therapeuten hat mich auf den Weg zum Thema der visuellen Verarbeitung und Wahrnehmung gebracht. Einige Fragestellungen bei Entwicklungs- und Schulauffälligkeiten sind allein mit orthoptischem Handwerkszeug nicht zu überprüfen, es sind zusätzliche Kenntnisse und Überprüfungen zur zerebralen Sehverarbeitung erforderlich. Ich habe mich für eine interdisziplinäre Weiterbildung über zerebral bedingte Sehbeeinträchtigungen im Rahmen des Projekts Provision (*PRO*cessing *VIS*ual *IN*formati*ON* in childre*M*) entschieden, die am Lehrstuhl Rehabilitation und Pädagogik bei Blindheit und Beeinträchtigungen des Sehens der TU Dortmund durchgeführt wird. Die neu erworbenen Kenntnisse und Erfahrungen zu den Sehverarbeitungsprozessen im Gehirn, Strategien der Beobachtung und Überprüfung, sowie der interdisziplinären Arbeit erleichtern jetzt eine Untersuchung der vorgestellten Kinder und geben neue Impulse für eine mögliche Unterstützung des Kindes. Die interdisziplinäre Kommunikation, insbesondere mit Kinder- und Jugendpsychiatern und

den Ergo-, Logo- und Physiotherapeuten ist einfacher und effektiver, wenn man gemeinsame Begrifflichkeiten nutzen kann und weiß, wie die anderen Fachgruppen arbeiten.

In den Bereichen Entwicklungs- und Schulauffälligkeiten von Kindern wird es künftig besonders wichtig sein, interdisziplinär gemeinsam mit allen Therapeuten Kompetenz zu zeigen. Die Schulreihenvorsorge vor der Einschulung wird (in einigen Bundesländern) eingestellt. Durch die Ausweitung der Betreuungszeiten in Krippen, Kindertagesstätten und Schulen steht zukünftig immer weniger Zeit für eine individuelle Beurteilung und Behandlung zur Verfügung. Die Zahl der Familien, in denen beide Elternteile berufstätig sind, nimmt zu. Es ist damit zu rechnen, dass nicht nur die Sport- und Freizeitangebote in die KiTas und Schulen verlagert werden, sondern auch die Therapieangebote. In Hamburg z.B., gibt es schon Modelle für Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie in diesen Einrichtungen. Wie sich das auf die Praxen und die Qualität der Therapie auswirkt bleibt abzuwarten.

---

### **Neue Wege gehen!**

---

Viele Fragen tun sich auf, wenn man diese Veränderungen beobachtet. Als Folge werden wahrscheinlich neue Versorgungs- und Honorarstrukturen entstehen. Orthoptistinnen sind an dieser Stelle noch nicht angefragt worden, doch an den wesentlichen Schnittstellen von Entwicklung und Lernen muss das Thema Sehen immer eingebunden werden.

Dies ist nur ein Beispiel für mögliche Veränderungen. Jeder von Ihnen kann, entsprechend seines beruflichen Aufgabenfeldes, auf zurückliegende oder künftig zu erwartende Veränderungen hinweisen.

Wir müssen unsere Möglichkeiten nutzen, um Patienten helfen zu können und wahrgenommen zu werden. Getreu unserem Leitbild: „Wir helfen sehen“.

---

### **Erwünscht: Zukunftskonferenz Orthoptik**

---

Der geplante Umbau der Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen wird politisch diskutiert. Wird das ohne uns stattfinden? Welche Wünsche und Pläne haben wir? Unser Berufsverband ist aktiv und versucht sich an den Prozessen zu beteiligen, doch das wird nicht reichen.

Ich möchte die Arbeit als Orthoptistin fortsetzen, auch nach 30 Jahren im Beruf ist das Engagement ungebrochen. Es gibt viele Kolleginnen, die für ihren Beruf „brennen“, auch wenn die Arbeitsbedingungen teilweise schwierig sind. Lassen Sie uns die Zukunft gestalten. Ich wünsche mir eine Zukunftskonferenz Orthoptik mit allen Beteiligten gemeinsam – beispielhaft kann die Initiative der Physiotherapeuten „ZIPT“ sein ([www.zipt.de](http://www.zipt.de)).

Orthoptistinnen aus dem In- und Ausland, Berufsverband, Industrie sowie Kollegen anderer Disziplinen sollten zusammenkommen, um gemeinsam den Wandel zu diskutieren und mitzugestalten.

Korrespondenzadresse:

Elke van Alen, Orthoptistin  
Augenarztpraxis Blankenese  
Dr. Kaupke & Partner  
Auguste-Baur-Straße 1  
22587 Hamburg

E-Mail: [evanalen@yahoo.de](mailto:evanalen@yahoo.de)

# Orthoptik-Studentin in Wien – wie geht das?

Nachgefragt bei Lisa Schneebauer, Wien



Lisa Schneebauer studierte von September 2010 bis Juli 2013 an der Fachhochschule FH Campus Wien im Fachbereich Orthoptik, einem 2007 neu eingerichteten Bachelorstudiengang. Während eines Auslandspraktikums an der Orthoptistenschule am Universitätsklinikum Heidelberg hat sie die Fragen unserer Redaktion beantwortet.

**DIE ORTHOPTISTIN:** Frau Schneebauer, Sie gehören dem zweiten Jahrgang des Bachelorstudiengangs Orthoptik in Wien an und haben Ihr Examen im Juli 2013 absolviert. Was sind die Zugangskriterien für diesen Studiengang? Wie verläuft das Aufnahmeverfahren an der FH Campus Wien?

**LISA SCHNEEBAUER:** Die Zugangsvoraussetzungen für diesen Studiengang sind die allgemeine Hochschulreife oder ein gleichwertiges ausländisches Zeugnis, die Studienberechtigungsprüfung für Humanmedizin, Zahnmedizin, Veterinärmedizin oder eine einschlägige berufliche Qualifikation mit Zusatzprüfung. Nach der Anmeldung mittels Online-Bewerbungsformular wird man zu einem schriftlichen Aufnahmetest eingeladen. Dieser Test beinhaltet eine Reihe von Testanforderungen zur Ermittlung grundlegender Leistungsvoraussetzungen. Die zweite Phase des Aufnahmeverfahrens besteht aus einem orthoptischen Befund und einem Bewerbungsgespräch, das auf die Beurteilung von bestimmten Eignungsmerkmalen, wie z. B. Berufsmotivation und Berufsverständnis fokussiert.

**DIE ORTHOPTISTIN:** Wie ist der Studiengang strukturiert? Wie sieht das Fächerspektrum aus?

**LISA SCHNEEBAUER:** Das Bachelorstudium Orthoptik dauert sechs Semester und wird in Vollzeit absolviert. Es umfasst insgesamt 180 ECTS\*-Credit Points, davon entfallen 135

Credit Points (1926 Lehrveranstaltungsstunden) auf die theoretische Ausbildung und 45 Credit Points (1125 Stunden) auf die praktische Ausbildung. Der Schwerpunkt des 1. Semesters liegt auf der Einführung in die Orthoptik, Strabologie und orthoptische Methodik sowie auf medizinischen Grundlagen (z. B. Anatomie, Physiologie und Pathologie, Neurologie). Im 2. Semester werden neben weiterführenden Lehrveranstaltungen zur orthoptischen Methodik die Fächer Amblyopie, konkomitantes Schielen, pathologisches Binokularsehen, Kinderheilkunde, Augenoptik sowie ophthalmologische Untersuchungsmethoden und Pathologie des Auges behandelt. In diesem Semester findet auch das erste Praktikum statt, das 100 Stunden umfasst.

Das 3. Semester beschäftigt sich mit Neuroorthoptik und -ophthalmologie, dem inkomitanten Schielen, der Refraktionsbestimmung und Kontaktlinsenanpassung sowie mit Kinderophthalmologie, (Kinder-)Psychologie, Pädagogik und Kommunikation. Außerdem wird das zweite Praktikum mit 100 Stunden absolviert.

Die Fächer Prävention, orthoptische Schulung, Neurorehabilitation, orthoptische Rehabilitation bei zentralen Sehstörungen, Sehbehinderung im Kindesalter, visuelle Wahrnehmungsstörungen, Low Vision Rehabilitation, vergrößernde Sehhilfen, Spezialbereiche der Orthoptik, medizinisches Englisch sowie wissenschaftliches

\* European Credit Transfer System

## INTERVIEW: ORTHOPTIK-STUDENTIN IN WIEN – WIE GEHT DAS?

Arbeiten sind die Schwerpunkte im 4. Semester. In diesem schreiben wir auch unsere erste Bachelorarbeit und absolvieren unser drittes Praktikum mit 100 Stunden.

Das 5. Semester ist das „Praktikumssemester“. In diesem Semester absolvieren wir ein Blockpraktikum von 15 Wochen. Während die ersten drei Praktika ausschließlich in Sehschulen an Krankenhäusern stattfinden, haben wir in diesem Semester auch Pflichtpraktika in einer Augenfacharztordination und in der orthoptischen Rehabilitation.

Das 6. Semester beschäftigt sich mit Rechtsgrundlagen für Gesundheitsberufe, Grundlagen für die Freiberuflichkeit, mit interdisziplinärer Zusammenarbeit, mit dem Gesundheitswesen, der Gesundheitsökonomie sowie mit Qualitätsmanagement. In diesem Semester müssen wir uns für einen von drei Schwerpunkten zur Vertiefung entscheiden: Kontaktlinsenanpassung, Low Vision Rehabilitation oder orthoptische Rehabilitation bei zentralen Sehstörungen. Außerdem schreiben wir unsere zweite Bachelorarbeit und absolvieren ein sechswöchiges Praktikum – drei Wochen davon in unserem Wahlbereich. In jedem Semester, in dem ein Praktikum absolviert wird, findet eine begleitende, reflexive Lehrveranstaltung statt. Vom 4. bis zum 6. Semester ergänzen orthoptische Fallanalysen die theoretische Ausbildung.

**DIE ORTHOPTISTIN:** Gibt es neben der FH Campus Wien weitere Orthoptik-Studiengänge in Österreich?

**LISA SCHNEEBAUER:** Ja, es gibt in Österreich einen zweiten Bachelorstudiengang Orthoptik und zwar an der Fachhochschule Salzburg. An diesem Studiengang stehen im Dreijahresintervall 12 Studienplätze zur

Verfügung. In jenen beiden aufeinanderfolgenden Jahren, in denen an der FH Salzburg keine Aufnahme stattfindet, werden an der FH Campus Wien jeweils 15 Bewerberinnen und Bewerber aufgenommen. Damit erfolgt in Österreich jährlich eine Aufnahme an einem Bachelorstudiengang Orthoptik und es schließen jedes Jahr Absolventen ihr Studium ab.

**DIE ORTHOPTISTIN:** Was unterscheidet diesen Studiengang an der FH von der Ausbildung an der Akademie, wie sie bisher für den Beruf der Orthoptistin in Österreich üblich war?

**LISA SCHNEEBAUER:** Der Wissenschaftsorientierung und dem Erwerb wissenschaftlicher Kompetenzen wird im Bachelorstudium Orthoptik ein höherer Stellenwert eingeräumt. Wir lernen an der Fachhochschule das wissenschaftliche Arbeiten, um dies später auch bei der Berufsausübung anwenden zu können. Bezüglich der Praktikumsorganisation haben wir an der FH Campus Wien nun „Block-Unterricht“ und „Block-Praktika“. Damit meine ich, dass wir mehrere Monate am Stück Unterricht haben und dann für mehrere Wochen Praktikum. An der Wiener Akademie für den orthoptischen Dienst, die an einem Krankenhaus situiert war, fanden die Praktika laufend neben dem theoretischen Unterricht statt.

**DIE ORTHOPTISTIN:** Ersetzt das FH-Studium jetzt die Ausbildung an der Akademie?

**LISA SCHNEEBAUER:** Ja, das FH-Studium ersetzt die Ausbildung an der Akademie. In Österreich findet die Ausbildung zur Orthoptistin ausschließlich an Fachhochschulen statt. Wir schließen das Studium einerseits mit dem akademischen Grad „Bachelor of

Science in Health Studies (BSc)“ ab, und andererseits erwerben wir, sowie es auch bei der Akademieausbildung der Fall war, die Berufsberechtigung zur Ausübung des Berufes entsprechend des gesetzlich verankerten Berufsbildes (gemäß MTD-Gesetz BGBl 1992/460 idgF).

**DIE ORTHOPTISTIN:** Welche Bereiche des Studiums sind im Vergleich zur Ausbildung an der Akademie hinzugekommen?

**LISA SCHNEEBAUER:** Themen wie Neurorehabilitation, orthoptische Rehabilitation bei zentralen Sehstörungen, visuelle Wahrnehmungsstörungen, Kommunikation, Grundlagen zur Freiberuflichkeit, Qualitätsmanagement, Projektmanagement und wissenschaftliches Arbeiten.

**DIE ORTHOPTISTIN:** Und die Praxis kommt neben der Theorie nicht zu kurz?

**LISA SCHNEEBAUER:** Ich denke nicht. Während des gesamten Studiums muss jeder Student mindestens 1125 Praktikumsstunden absolvieren. Wir können unsere Praktika an verschiedenen Praktikumsstellen in Österreich, aber auch im Ausland absolvieren – in Krankenhäusern, Augenfacharztordinationen und in Rehabilitationseinrichtungen. Somit bekommen wir einen guten Einblick, wie der Berufsalltag aussieht.

**DIE ORTHOPTISTIN:** Eröffnet das Studium neue Berufsmöglichkeiten?

**LISA SCHNEEBAUER:** Definitiv. Da ich mein Studium mit einem Bachelor abgeschlossen habe bieten sich mir danach dieselben Möglichkeiten wie jemand, der an einer Universität studiert hat. Durch meinen Bachelorab-



schluss steht mir die Möglichkeit offen, ein Masterstudium zu belegen – was mit einem Abschluss an der Akademie nur bedingt möglich wäre. Hinzu kommt noch, dass ich mit meinem Abschluss „Bachelor of Science in Health Studies“ eine international anerkannte Graduierung erreiche.

**DIE ORTHOPTISTIN:** Wie schätzen Sie derzeit die Berufschancen für Orthoptistinnen in Österreich ein?

**LISA SCHNEEBAUER:** In Österreich sehen die Berufschancen zurzeit sehr gut aus, örtliche Flexibilität vorausgesetzt. Es werden vor allem Orthoptistinnen in Augenfacharztordina-

tionen gesucht. Dass ich mit meinem Studienabschluss leichter eine Stelle finde, denke ich nicht. Die Ausbildung an der Fachhochschule ersetzt die Ausbildung an der Akademie und steht nicht in Konkurrenz dazu. Im öffentlichen Dienst gibt es derzeit keine Gehaltsunterschiede zwischen Akademie- und FH-Absolventen.

**DIE ORTHOPTISTIN:** Wie sieht jetzt Ihre berufliche Planung aus?

**LISA SCHNEEBAUER:** Ich arbeite seit September 2013 als Orthoptistin im Krankenhaus in Tønsberg, Norwegen (Sykehuset i Vestfold). Meine Arbeit hier im Krankenhaus gefällt mir sehr gut.

**DIE ORTHOPTISTIN:** Für Ihren weiteren Berufs- und Lebensweg viel Erfolg – und vielen Dank für die interessanten Informationen!

*Die Fragen stellten Katja Lorenz-Kaden und Dr. Reinhard Kaden.*

*Seit dem Herbstsemester 2013 ist es möglich, an der FH Campus Wien ein Masterstudium in Orthoptik zu belegen. Weitere Informationen hierzu sowie zum Bachelorstudium Orthoptik an der FH Campus Wien sind der Homepage der FH Campus Wien unter [www.fh-campuswien.ac.at](http://www.fh-campuswien.ac.at) zu entnehmen.*

## REFERAT

# Amblyopierisiko bei Anisometropie: Schon bei 1 Dioptrie um das 12-fache erhöht

Die Anisometropie gilt als Ursache einer Amblyopie als weitgehend unterdiagnostiziert. Den Eltern fällt der Befund im Gegensatz zu einem Schielen nicht auf und das Kind artikuliert keine Sehschwierigkeiten. So wird die Diagnose oft erst spät – zu spät – gestellt. In Sydney haben jetzt S. Afsari und Mitarbeiter 2090 Kinder im Alter zwischen 6 Monaten und 6 Jahren in Zykloplegie unter Verwendung verschiedener Autorefraktometer und/oder der Strichskiaskopie untersucht, um die Prävalenz der Anisometropie im Vorschulalter zu ermitteln. Bei den Ergebnissen wurde nach Ethnizität der Kinder differenziert, also ob sie europäischer (kaukasischer), ostasiatischer oder nahöstlicher Abstammung waren. Insgesamt bestand bei 118 Kindern (5,7%) eine Anisometropie. Eine sphärische Anisometropie von

1 Dioptrie und mehr wurde bei 2,7% der Kinder diagnostiziert, eine zylindrische von 1 Dioptrie oder mehr bei 3,0% der Kinder. Die Unterschiede zwischen den einzelnen Bevölkerungsgruppen waren nicht sehr ausgeprägt. Allenfalls ragte der hohe Anteil der Astigmatismus-bedingten Anisometropie unter ostasiatischen Kindern von 5,2% heraus. Eine Amblyopie bestand bei insgesamt 67 der 118 Kinder: bei 37 mit sphärischer und bei 30 mit zylindrischer Anisometropie. Die Autoren berechneten das Risiko („Odds Ratio“ in der internationalen Fachliteratur) einer Amblyopie, das – wie zu erwarten – mit der Ausprägung der Anisometropie fast sprunghaft zunimmt. Kinder mit einem refraktiven Unterschied von 1 bis 1,5 Dioptrien Sphäre hatten gegenüber Gleichaltrigen ohne Anisometropie

ein um den Faktor 12,4 erhöhtes Risiko, eine Amblyopie zu erleiden. Bei einer Anisometropie von 1,5 bis 2,0 Dioptrien Sphäre betrug dieser Risikofaktor 18,7, bestanden mehr als zwei Dioptrien Differenz, stieg der Risikofaktor auf 33,2 an. Für zylindrische Anisometropien betrug die Risikofaktoren 6,5 (1 bis 1,5 Zylinderdioptrien Differenz), 11,3 (1,5 bis 2,0) und 35,2 (mehr als 2 Zylinderdioptrien Unterschied zwischen beiden Augen). Diese Zahlen lassen ein Screening in dieser jungen Altersgruppe auf Refraktionsdefizite und Anisometropie sowie deren rechtzeitige Korrektur als hochgradig sinnvoll für die Amblyopieprophylaxe erscheinen. *rdg*

*Afsari S et al (2013) Prevalence of anisometropia and its association with refractive error and amblyopia in preschool children. Br J Ophthalmol 97: 1095–1099*

## **Fortbildungsmöglichkeiten in der Rehabilitation – eine interessante berufliche Alternative**

Die Deutsche Blindenstudienanstalt e.V. Marburg bietet seit über 35 Jahren eine professionelle Ausbildung zum Rehabilitationslehrer an. Bei dem Ausbildungsmodell zur „Staatlich geprüften Fachkraft der Blinden- und Sehbehindertenrehabilitation“ wird den Teilnehmern die Befähigung vermittelt, blinde und sehbehinderte Menschen in den Rehabilitationsbereichen „Orientierung und Mobilität“ (O&M) und „Lebenspraktischen Fähigkeiten“ (LPF) zu unterrichten. Die Teilnehmer der Weiterbildung müssen in einem pädagogischen, sozialmedizinischen oder sozialrehabilitativen Bereich theoretisch und durch praktische Erfahrungen vorqualifiziert sein. Die Weiterbildung an der Fachschule für Fachkräfte der Blinden- und Sehbehindertenrehabilitation der Deutschen Blindenstudienanstalt dauert 1 ½ Jahre und wird in Vollzeit absolviert. Bei einer durchschnittlichen Unterrichtszeit von 37 Stunden pro Woche und der nötigen Vor- und Nachbereitung aktueller Ausbildungsinhalten ist erfahrungsgemäß mit einem zeitlichen Aufwand von rund 40 Stunden pro Woche zu rechnen. Die Kurse setzen sich in der Regel aus 8 bis 10 Studierenden und 4 bis 5 Ausbildern zusammen. Die Weiterbildung ist eine gelungene Verbindung von Theorie und Praxis: Neben medizinischen Grundlagen,

Entwicklungs- und Wahrnehmungspsychologie werden auch Inhalte wie Rechts- und Institutionskunde, Informationstechnologie und Gesprächstraining vermittelt, die die Teilnehmer befähigen, in ihrem späteren eigenen Unterricht auf die verschiedensten Themen eingehen zu können. Daneben ist vor allem der praxisbezogene Teil der Ausbildung eine wichtige Grundlage: Die Selbsterfahrung der Teilnehmer, die mit Augenbinden oder Simulationsbrillen die verschiedenen Einschränkungen des Sehvermögens verdeutlicht bekommen und die in Alltagssituationen oft als selbstverständlich angesehenen Tätigkeiten wie Kochen, Waschen, Nähen meistern müssen. Im Laufe der Weiterbildung werden zwei Projektarbeiten sowie eine schriftliche Hausarbeit erstellt. Nach einem einwöchigen Praktikum beginnen die Teilnehmer der Weiterbildung nach rund der Hälfte der Ausbildungszeit, bereits eigenständig zu unterrichten, natürlich immer unter fachkundiger Anleitung der Ausbilder. Die Abschlussprüfungen finden schriftlich und mündlich statt. Detaillierte Lerninhalte, Termine, Kosten und weitere Informationen sind unter [http://www.blista.de/res/fachschule\\_reha/index.php](http://www.blista.de/res/fachschule_reha/index.php) im Netz einzusehen.

## **Termine**

### **25.–26.1.2014 Würzburg**

Seminar „Neuro-Orthoptik“  
Teil I und II  
[www.orthoptistinnen.de](http://www.orthoptistinnen.de)

### **2.–6.4.2014 Palm Springs**

40. Jahresversammlung  
der American  
Association for Pediatric  
Ophthalmology  
and Strabismus (AAPOS)  
[aapos@aao.org](mailto:aapos@aao.org), [www.aapos.org](http://www.aapos.org)

### **25.–26.4.2014 St. Gallen**

St. Galler Strabologie und  
Neuroophthalmologie Tage  
[www.miesc.ch](http://www.miesc.ch)

### **18.–24.5.2014 Grundlsee**

39. Strabologische Seminarwoche  
[ssw.anselstetter@gmx.de](mailto:ssw.anselstetter@gmx.de)

### **23.–24.5.2014 Rostock/ Warnemünde**

64. Tagung der Vereinigung  
Norddeutscher Augenärzte (VNDA)  
[www.norddeutsche-augenaerzte.de](http://www.norddeutsche-augenaerzte.de)

### **20.–21.6.2014 St. Gallen**

20. Strabologische und  
Neuroophthalmologische  
Falldemonstrationen  
[www.falldemonstrationen.ch](http://www.falldemonstrationen.ch)

### **28.–30.6.2014 Rotterdam**

13th International  
Orthoptic Congress  
[www.internationalorthoptics.org](http://www.internationalorthoptics.org)

### **22.–23.11.2014 Magdeburg**

Jahrestagung des  
Berufsverbandes der  
Orthoptistinnen Deutschlands e.V.  
<http://orthoptistinnen.de>