

DIE ORTHOPTISTIN

OKTOBER 2015 | 4. Jahrgang | Heft 2



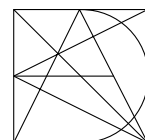
THEMA:

Schwierige Therapieentscheidungen bei der okulären Myositis

INTERVIEW:

Orthoptistin in Großbritannien

Eine Publikation
des Kaden Verlags



KADEN



Der neue Piratoplast-MIX

Neue Designs • Neue Form •
Weiterentwickelter, sanfter Kleber

Duale Form

- Ob linkes oder rechtes Auge – das Design wird nie gedreht
- 6 neue Designs

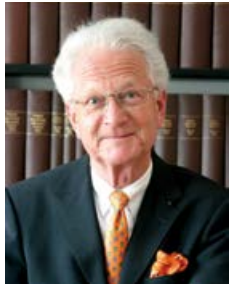


Klassische Form

- 9 neue Designs, von mehreren 100 Kindern ausgewählt
- 5 Top-Designs der bisherigen Serie



Orthoptistin oder App?



Dr. med.
Reinhard Kaden

*Liebe Leserinnen
und liebe Leser,*

Würde Gioacchino Rossini in unseren Zeiten leben, hätte er vielleicht anstatt der Oper „Der Barbier von Sevilla“ ein Musical über die „Liebe auf Facebook“ oder ein Smartphone-Drama geschrieben und dann hieße es nicht „Figaro! – Bin dort! – Figaro! bin da! Figaro dort! Figaro da! Figaro hier! Figaro da! Figaro oben! Figaro unten! Figaro hüben! Figaro drüben!“, sondern „Smartphone ist hier, Smartphone ist da, Smartphone ist oben, ist unten, Smartphone ist überall und dazu ‘ne App für dieses, für jenes und gern für alles“.

Jetzt zieht das Smartphone sogar in die strabologische Praxis ein – durch eine App, die das Team um Dr. Gang Luo vom „Schepens Eye Institute“ in Boston entwickelt hat. Mit der neuen, während der Jahrestagung 2015 der „Association for Research in Vision and Ophthalmology“ vorgestellten App sei es möglich, Augenfehlstellungen exakt festzustellen. Dazu blickt der Prüfling auf das Smartphone. Der Prüfer stellt mit zwei in der Kamera sichtbaren quadratischen Rahmen die Augen ein und fotografiert diese bei Blitzlicht. Die App stellt anhand der Lage der Lichtreflexe in der Pupille fest, ob ein Strabismus besteht,

und errechnet die mit der Abweichung korrespondierende Prismen-dioptrienzahl. Die Messung erfolgt für Eso- und Exotropie, für Hyper- und Hypotropie. Die App soll es in zwei Versionen geben – eine für die klinische Anwendung, eine für den Gebrauch „im Alltag“. So weit, so gut. Es bleibt aber die Frage, ob man in den entwickelten Ländern derlei wirklich braucht. Für die übliche Strabismusdiagnostik wohl nicht, denn hier stehen in ausreichendem Maße bestens ausgebildete Orthoptistinnen und Augenärzte zur Verfügung. Denkbar wäre der Einsatz aber durchaus für ein Strabismus-Screening zum Beispiel in Kindergärten. Das könnte so auch von strabologischen Laien übernommen werden und wäre auf jeden Fall viel besser als kein Screening wie bislang. Zudem würde sich dann auch im Verdachtsfalle eine ausführliche, fachkundige Untersuchung anschließen, denn auch die perfekte App kann das breite diagnostische und klinische Wissen der Orthoptistin nicht ersetzen.

Bevor es los geht mit der neuen Strabismus-App, sollte allerdings eine große klinische Studie stattfinden, in der die Validität der App bestätigt wird. Man darf gespannt sein.

Redaktion, Verlag und das Piratoplast-Team* wünschen Ihnen viel Vergnügen und fachlichen Gewinn bei der Lektüre dieser neuen Ausgabe von „Die Orthoptistin“.

Ihr
Dr. Reinhard Kaden, Verleger

THEMA

Schwierige Entscheidungen bei der okulären Myositis
Anja Eckstein, Patricia Jenau, Stefan Mattheis, Joachim Esser **5**

Interprofessionelle Zusammenarbeit stärken
Elke van Alen **11**

See Africa – als Orthoptistin in Kenia: Entwicklungshilfe in Blindenschulen
Juliane Schmid-Reher **14**

INTERVIEW

Orthoptistin in Großbritannien
Nachgefragt bei Rowena McNamara, London **9**

BERICHT

Retinale Venenverschlüsse: Erhöhtes Schlaganfallrisiko **4**

Schöner Name – wenig schöner Befund für die betroffenen Kinder: Morning Glory-Syndrom **13**

Erwachsene Schieler haben hohe Erwartungen an die Operation **16**

IMPRESSUM **4**

TERMINE **16**

* Erfreulicherweise hat die Firma Dr. Ausbüttel & Co. GmbH in Witten, der Hersteller der Okklusionspflaster Piratoplast, ein Patenschaftsabonnement für alle Orthoptistinnen in Deutschland und Österreich übernommen, so dass den Leserinnen und Lesern keine Kosten entstehen.

Retinale Venenverschlüsse: Erhöhtes Schlaganfallrisiko

In Südkorea haben Ophthalmologen die Datensammlung des nationalen Gesundheitswesens, in welcher 46 605 433 Bürgerinnen und Bürger des ostasiatischen Landes erfasst sind, auf eine mögliche Assoziation des Auftretens retinaler Venenverschlüsse (in der internationalen Literatur RVO = retinal vein occlusion) mit dem Risiko eines Schlaganfalls hin untersucht. Ausgewertet wurden dabei die Daten von 1 025 340 Koreanerinnen und Koreanern, etwa 2,2% der Bevölkerung. In den Jahren 2003–2005 wurden in diesem Kollektiv 1 031 Patienten identifiziert, die einen retinalen Venenverschluss erlitten hatten. Diesen Patienten wurde eine Kontrollgruppe von 5 074 Personen gegenübergestellt, die ihnen in mehreren demografischen Fakten – Alter, Geschlecht, Wohngegend, Haushaltseinkommen – entsprachen. Dabei fand sich unter den RVO-Patienten ein deutlich erhöhtes Schlaganfallrisiko: Von ihnen erlitten 16,8% in einem Zeitraum von 8 Jahren einen Schlaganfall, in der Kontrollgruppe waren es dagegen lediglich 10,7%. Während die

Unterschiede bei hämorrhagischen Schlaganfällen nicht signifikant waren, trat der ischämische Apoplex unter den RVO-Patienten mit 14,1% versus 8,6% deutlich häufiger auf. Ein Hypertonus – ein klassischer Risikofaktor für beide Leiden – war mit 74,6% gegenüber 51,3% bei den RVO-Patienten in höherem Maße prävalent. Besonders ausgeprägt war das Schlaganfallrisiko bei den jüngeren RVO-Patienten (unter 50 Jahre) mit einem Risikofaktor (HR = hazard ratio) von 2,69. Die Autoren geben für den Praktiker daher folgende Empfehlung ab: „Es ist wichtig, dass der Ophthalmologe jeden Patienten mit retinalem Venenverschluss umfassend und interdisziplinär untersucht bzw. untersuchen lässt. Ganz besonders sollte der Augenarzt seine Aufmerksamkeit jungen Patienten mit RVO widmen – dieser kann das erste klinische Zeichen eines zukünftigen Hypertonus und eines Apoplexes sein.“ *rdg*

Rim TH et al (2015) Retinal vein occlusion and the risk of stroke development. A 9-Year nationwide population-based study. *Ophthalmology* 122: 1187–1194

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

www.kaden-verlag.de/
fortbildung/kongresse/

/immer aktuell!/



Schwierige Entscheidungen bei der okulären Myositis

Anja Eckstein, Patricia Jenau, Stefan Mattheis, Joachim Esser, Essen

Okuläre Myositis – was ist das?

Die okuläre Myositis wird dem Krankheitsbild des Pseudotumor orbitae (PTO) zugeordnet. Im englischen Sprachraum wird neuerdings auch der Begriff der idiopathischen orbitalen Entzündung (IOI) genutzt. Zum orbitalen Pseudotumor gehören auch die Skleritis, Dakryoadenitis, die diffuse Infiltration der orbitalen Bindegewebe sowie das Orbitaspitzensyndrom mit Neuritis nervi optici. Es können auch mehrere Manifestationen gleichzeitig auftreten.

Die okuläre Myositis ist die dritthäufigste Orbitaerkrankung (6–10%) nach Endokriner Orbitopathie und Lymphomen. Bei zirka 25% der Patienten handelt es sich um eine bilaterale Erkrankung. Sie tritt bevorzugt bei Erwachsenen im mittleren Lebensalter auf, aber auch Kinder können betroffen sein (Anteil um 10%) [4, 6].

Die Ursache für die entzündliche Infiltration der Orbita ist unbekannt. Eine infektiöse Genese mit fehlgeleitetem Immunsystem (Infektion, Trauma, Medikamente) wird diskutiert. Eine Unterform der IOI mit lymphoplasmazellulärer Infiltration wird in der neueren Literatur den so genannten IgG4-assoziierten Erkrankungen zugeordnet [1].

Welche Symptome sind typisch für eine Myositis?

Die Symptomatik der Myositis variiert. Bei akutem Verlauf zeigen sich typi-

sche Symptome einer Entzündung. Das Kardinalsymptom sind starke Schmerzen beim Bewegen der Augen. Die Schmerzen korrelieren jedoch nicht mit dem Ausmaß des funktionellen Defizites. Im ganz akuten Stadium ist Kontraktilität und Dehnbarkeit der betroffenen Muskeln gestört. Meist ist nur ein Muskel betroffen – am häufigsten der M. rectus lateralis, gefolgt vom M. rectus medialis. Bei Kindern findet man häufiger ein akutes Krankheitsbild mit Papillenschwellung, Skleritis, exsudativer Amotio und intraokulärem Reizzustand. Bei chronischem Verlauf ähneln die Symptome eher der einer Raumforderung (Exophthalmus, mechanische Augenbewegungsstörung). Schmerzen können dann fehlen. Im Gegensatz zur Endokrinen Orbitopathie ist vornehmlich der Muskelansatz und der vordere Muskelbauch von der Entzündung betroffen. Meist findet man auch eine Verdickung der Sklera im Bereich des betroffenen Augenmuskels [4].

Welche Diagnostik ist sinnvoll?

Die idiopathische orbitale Entzündung ist immer eine Ausschlussdiagnose. Spezifische Autoimmunerkrankungen müssen ausgeschlossen werden. Für eine genaue Diagnose sind bildgebende Verfahren erforderlich. Optimalerweise ist dies eine MRT-Untersuchung. Da ein MRT nicht immer zeitnah verfügbar ist, kann auch ein Dünnschicht-CT der Orbita erfolgen, was jedoch mit einer deutlichen

Strahlenbelastung verbunden ist. Die Ultraschalluntersuchung ist sehr nützlich für die Darstellung der Sklera- und Augenmuskelverdickung. Im entzündeten Gebiet sieht man eine signifikant verminderte Reflektivität und ggf. ein T-Zeichen der Sklera.

Die klinische Untersuchung umfasst: Visus, Spaltlampe, Fundus, Hertel-Exophthalmometer, Kestenbaum-Brille (zur Frage: seitliche oder vertikale Bulbusverlagerung?) und die speziellen Untersuchungen der Motilität und Augenstellung. Außer bei einem ersten Schub einer isolierten akuten Myositis müssen immer assoziierte Erkrankungen abgeklärt werden. Die serologische Diagnostik umfasst neben dem Routinelabor – inklusive CRP und BSG –: Autoantikörper (TRAK, TPO Ak, ANA, ANCA- Ro/SS-A und La/SS-B), ACE, Rheumafaktor, Serumelektrophorese und ggf. IgG4 im Serum. Dies beinhaltet auch die Hinzuziehung anderer Fachdisziplinen: HNO, Rheumatologie, Nephrologie, Endokrinologie, Dermatologie, Neurologie, Mund-Kiefer- und Gesichtschirurgie [5, 9]. Bei Zeichen einer proliferierenden Entzündung, insbesondere beim Fehlen von Schmerzen, muss die Indikation zu einer inzisionalen Biopsie gestellt werden, um eine assoziierte Autoimmunerkrankung (insbesondere Sarkoidose) bzw. ein Lymphom oder andere Raumforderungen auszuschließen.



Welche therapeutischen Möglichkeiten hat man bei diesen Patienten?

Meist haben Patienten mit einer Myositis schon aufgrund der Doppelbilder einen hohen Leidensdruck. Dieser ist

besonders hoch, wenn zusätzlich ein starker Bewegungsschmerz besteht. Die Therapie der ersten Wahl ist immer eine orale Steroidstoßtherapie über 6–8 Wochen beginnend bei 1,5mg/kgKG in absteigender Dosierung. Bei mehr als der Hälfte der Patienten

kommt es zu Rezidiven. Dann kann eine erneute Steroidtherapie oder eine immunsuppressive/immunmodulatorische Therapie eingeleitet werden [2]. Alle immunsuppressiven/immunmodulatorischen Therapien fallen in die Kategorie Off-label-use (zulassungsüberschreitende Anwendung). Deshalb ist bei teuren Medikamenten ein Antrag auf Kostenübernahme bei der Krankenkasse erforderlich. Für einen Off-label-use müssen kumulativ folgende Bedingungen für die Erstattung erfüllt sein: 1. schwerwiegende Erkrankung, 2. keine andere Therapie verfügbar (d.h. es muss eine Vorbehandlung mit Steroiden erfolgt sein und diese muss nicht ausreichend wirksam gewesen sein), 3. auf Grund der Datenlage besteht die begründete Aussicht, dass mit dem betreffenden Präparat ein Behandlungserfolg zu erzielen ist. Dies gilt für: Methotrexat (10–15mg/Woche), Mycophenolat-Mofetil (2x1g/Tag) und die B-Zell Depletion mit Rituximab (2x1 000 mg i.v.) [7].

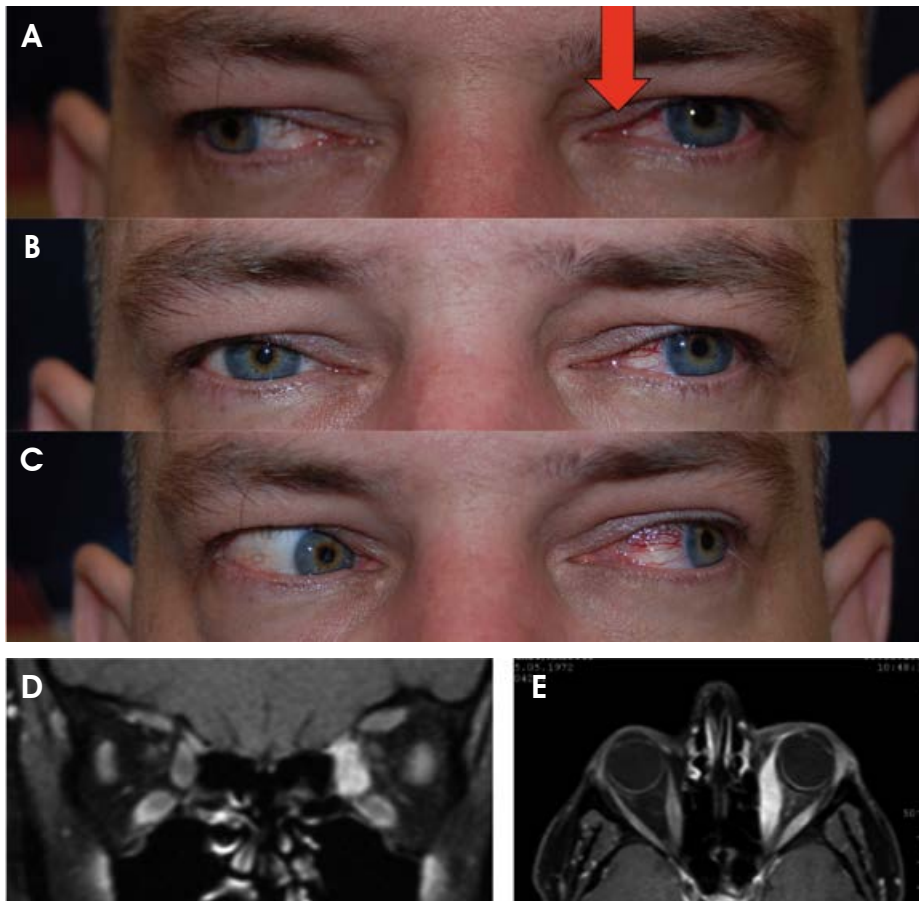


Abbildung 1: Befund bei Erstvorstellung. A: Rechtsblick, B: Primärposition, C: Linksblick, D: MRT coronar, E: MRT axial

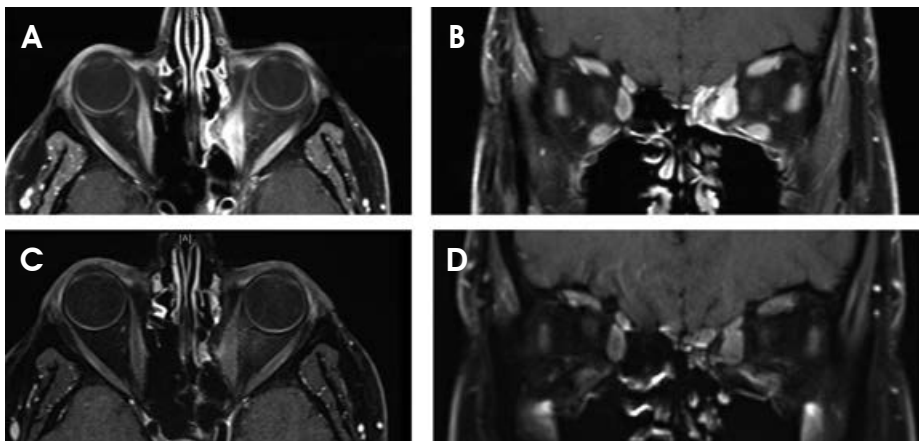


Abbildung 2: MRT-Bilder nach Dekompression. A: MRT axial und B: MRT coronar; MRT-Bilder nach anschließender Therapie mit Rituximab (6 Monate nach Infusion) C: MRT axial und D: MRT coronar

Welche Prognose hat eine Myositis?

Ungefähr die Hälfte der Patienten, die primär gut auf eine Steroidtherapie ansprechen, erleiden ein Rezidiv der Erkrankung. Bei den meisten Patienten mit chronisch rezidivierendem Verlauf ist eine konsequente Immunsuppression erforderlich, die in den allermeisten Fällen zur Kontrolle der Erkrankung führt und vor allem die Schmerzen beseitigt.

Patientenbeispiel:

Myositis des M. rectus medialis seit 2 Jahren: Mitte 2013 wird ein 43 Jahre alter Patient mit der Überweisungsdiagnose: Therapieresistente Endokrine Orbitopathie in die Orthoptik der Universitätsaugenklinik überwiesen.

Er berichtete über eine seit zwei Jahren rezidivierende Augenbewegungsstörung am linken Auge. Zu diesem Zeitpunkt hat er bereits 5x eine Megadosissteroidtherapie erhalten. Pro Therapiezyklus hatte er jeweils zirka 2g kumulativ erhalten. Zum Zeitpunkt der Vorstellung nahm er 20mg Prednisolon ein und beklagte eine Visusminderung am betroffenen Auge. Innerhalb des langen Krankheitsverlaufes hat der Patient eine erstaunliche horizontale und vertikale Fusionsbreite entwickelt und konnte die große Schielstellung mit einer Kopfwangshaltung sogar fusionieren. Die MRT-Befunde zeigten eine starke Augenmuskelverdickung des M. rectus medialis mit Kompression des N. opticus (Abbildung 1).

→ **Kommentar: Ungewöhnlich für die Arbeitsdiagnose euthyreote EO war der chronisch rezidivierende Verlauf mit zwischenzeitlich sehr gutem Ansprechen auf die Steroide. Dies sprach eher für das Vorliegen einer Myositis als für eine EO. Andererseits ist eine massive fibrotische Augenmuskelverdickung eher typisch für eine EO.**

Endoskopische transnasale Dekompression und inzisionale Biopsie: Aufgrund der beginnenden Optikuskompression nach maximalen Steroiddosen wurde die Indikation zu einer transnasalen Dekompression gestellt, bei der gleichzeitig eine Biopsie durchgeführt werden konnte [3]. Histologisch zeigte sich eine lymphoplasmazelluläre Infiltration des Muskels. Durch den mit der Dekompressionsoperation verbundenen Prolaps des M. rectus medialis in die Siebbeinzellen änderte sich die Motilität. Die Adduktion besserte sich zwar auf 15°, aber dafür war die Abduktion leicht eingeschränkt (40°). Histologisch und neuroradiologisch zeigte sich postoperativ eine persistie-

rende Entzündung. Der Patient hatte auch immer noch Schmerzen. Eine erneute Steroidtherapie kam nicht in Frage aufgrund des Risikos einer Schädigung von Knochen, Leber und anderer Organsysteme, da die maximale kumulative Steroiddosis (8g pro Therapiezyklus) schon erreicht war.

→ **Kommentar: Eine Optikuskompression durch Augenmuskelverdickung des M. rectus medialis im Konus kann sehr gut minimal invasiv endoskopisch entlastet und gleichzeitig biopsiert werden. Die lymphoplasmazelluläre Infiltration (CD20 positive Zellen) ist der ideale Befund für eine Therapie mit Rituximab.**

Off-label-Therapie mit Rituximab ergab Remission: Aus diesem Grund wurde bei der Krankenkasse ein Antrag zu einer Off-label-Therapie mit Rituximab gestellt. Diesem wurde entsprochen. Der Patient erhielt einmalig 500mg Rituximab intravenös. Unter

dieser Therapie zeigte sich ein vollständiger Rückgang der Entzündung (siehe MRT-Bilder, Abbildung 2 A-D). Der große Vorteil der Therapie mit Rituximab ist die lang anhaltende Wirkung im Vergleich zu Steroiden, was man auch bei der Endokrinen Orbitopathie beobachten kann, da die B-Zelldepletion bis zu 12 Monate anhält. Die Sehschärfe erholte sich innerhalb von 6 Wochen. Die Augenbeweglichkeit des linken Auges besserte sich weiter (Adduktion 30° und Abduktion 40°). Zusätzlich entwickelte der Patient eine Sursoadduktion. Es verblieb ein großer Schielwinkel – und es traten über Monate konstant Schwankungen zwischen -10° bis -15°, -VD 12,5° bis -VD 20° auf. Aufgrund der konstanten Schielwinkelsituation mit ausbleibender Besserung stellte sich die Frage nach einer Schieloperation.

→ **Kommentar: Die lange Wirkungs-dauer von Rituximab führt zu langer Rezidivfreiheit.**

Tabelle 1: Befund bei Erstvorstellung

Parameter	OD	OS
Visus	1,0 s.c.	0,6pp (+2,5, -0,5, 45°)
Hertel	18mm	19mm
Stellung	Ferne Re-Fix: -25° In KZH: 20° Rechtsdrehung: BES	
Abduktion	45°	45°
Adduktion	40°	5° vor ML
Hebung	35°	35°–40°
Senkung	45°	45°

Tabelle 2: Orthoptischer Befund vor der ersten Operation

Stellung	Ferne	
	Re-Fix: -25° In KZH: 20° Rechtsdrehung: BES	
Abduktion	45°	40°
Adduktion	40°	30°
Hebung	35°	40° (Sursoadduktion)
Senkung	45°	45°

Tabelle 3: Harmswandbefund vor der zweiten Operation

-5°	-VD8°	-9°	-VD9°	-12°	-VD12°
Ex 1°		In 3°		In 2°	
-4°	-VD7°	-10°	-VD10°	-11°	-VD21°
Ex 7°		Ex 3°		-	
-3°	-VD5°	-5°	-VD15°	-12°	-VD22°
Ex 11°		Ex 10°		Ex 6°	

Operative Maßnahmen bei Defektheilung nach Myositis – OP am erkrankten Auge: Die Entscheidung bezüglich des richtigen OP-Zeitpunktes war für diesen Patienten hinsichtlich der Rituximab-Therapie nicht einfach. Der Schutz vor einem erneuten Rezidiv unter der Rituximab-Therapie musste gegen die Infektionsgefahr abgewogen werden. Weiterhin gibt es keine Angaben in der Literatur, ob durch eine Schieloperation ein erneutes Rezidiv ausgelöst werden kann. Um ein Wiederaufflammen der Myositis zu vermeiden, entschied man sich für eine OP am rechten Auge. Da die divergente Schielstellung gut fusioniert werden konnte, wurde nur

die Vertikale mit einer Resektion des M. rectus superior um 6 mm korrigiert. Dies führte zu einem zentralen BES-Feld. Bei Rechtsblick nahm der Patient jedoch noch Doppelbilder aufgrund der weiterhin deutlichen Sursoadduktion wahr (siehe Tabelle 3). Daraufhin erfolgte der Zweiteingriff am linken betroffenen Auge: Rücklagerung des M. rectus externus um 5 mm und des M. obl. inferior um 10 mm sowie Faltung des M. obl. superior (6 mm). Postoperativ hatte der Patient bis auf noch diskrete DB-Wahrnehmung im Linksblick (geringe Abduktionseinschränkung nach nasaler Dekompression) keine Doppelbilder mehr.

Ein Rezidiv wurde durch die Operation nicht ausgelöst. Die zweite Operation wurde, um dies zu vermeiden, noch unter 70%iger B-Zell Depletion durchgeführt.

Bisher befindet sich der Patient in stabiler Remission.

→ **Kommentar: Das Fallbeispiel zeigt, dass man bei einer Defektheilung nach Myositis auch am ehemals entzündeten Auge operieren kann. Allerdings wurde ein Eingriff am betroffenen Muskel vermieden und die Operation unter Immunsuppression durchgeführt.**

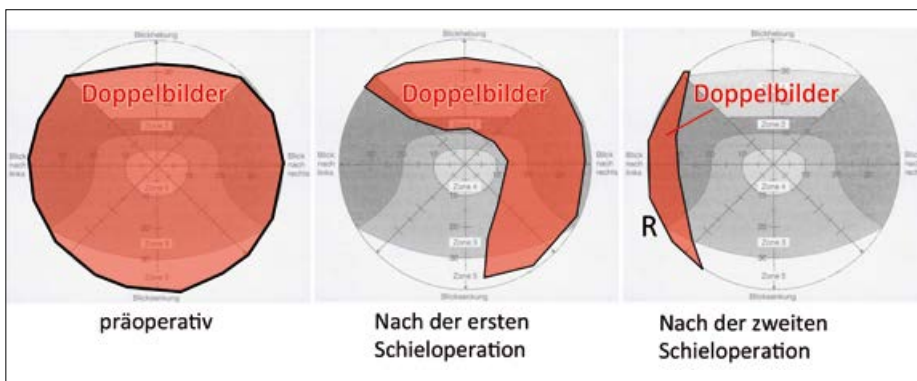


Abbildung 3: Felder des binokularen Einfachsehens (projiziert auf das Schema nach Haase und Steinhorst). A: präoperativ – Doppelbilder im gesamten Blickfeld; B: Doppelbilder nur noch im Rechtsblick (nach Resektion des M. rectus superior rechts), C: Doppelbilder nur noch im extremen Linksblick durch leichtes Abduktionsdefizit nach medialer Dekompression nach zweiter Schieloperation am linken Auge (Rücklagerung von M. rectus externus und M. obl. inferior sowie Faltung des M. obl. superior)



Abbildung 4: Blickrichtungsfotografien nach abgeschlossener Behandlung

Literatur

1. Berry-Brincat A, Rose GE (2012) Idiopathic orbital inflammation: a new dimension with the discovery of immunoglobulin G4-related disease. *Curr Opin Ophthalmol* 23: 415–419
2. Carruth BP, Wladis EJ (2012) Inflammatory modulators and biologic agents in the treatment of idiopathic orbital inflammation. *Curr Opin Ophthalmol* 23: 420–426
3. Castelnovo P, Turri-Zanoni M, et al (2015) Endoscopic endonasal management of orbital pathologies. *Neurosurg Clin N Am* 26: 463–472
4. Eckstein A, Esser J (2014) Okuläre Myopathien und Autoimmunität. *Klin Monatsbl Augenheilkd* 231(9): e47, e49–65; quiz e66–μ47
5. Jacobs D, Galetta S (2002) Diagnosis and management of orbital pseudotumor. *Curr Opin Ophthalmol* 13: 347–351
6. Mombaerts I, Goldschmeding R, et al (1996) What is orbital pseudotumor? *Surv Ophthalmol* 41: 66–78
7. Wallace ZS, Khosroshahi A, et al (2012) IgG4-related systemic disease as a cause of „idiopathic“ orbital inflammation, including orbital myositis, and trigeminal nerve involvement. *Surv Ophthalmol* 57: 26–33
8. Yuen SJ, Rubin PA (2003) Idiopathic orbital inflammation: distribution, clinical features, and treatment outcome. *Arch Ophthalmol* 121: 491–499

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Anja Eckstein
Zentrum für Augenheilkunde, Orthoptik
Universitätsklinikum Essen
Hufelandstraße 55, 45122 Essen

E-Mail: anja.eckstein@uk-essen.de

Orthoptistin in Großbritannien

Nachgefragt bei Rowena McNamara, London

DIE ORTHOPTISTIN: In Europa gibt es unterschiedliche Ausbildungsmöglichkeiten für den Beruf der Orthoptistin. Wie verläuft die Ausbildung in Großbritannien?

ROWENA MCNAMARA: Der einzige Weg in Großbritannien, eine staatlich anerkannte Orthoptistin zu werden, ist ein von der Regulierungsbehörde „Health and Care Professions Council“ (HCPC) anerkannter Studienabschluss. Drei Hochschulen bieten diese Ausbildung an: Die „Liverpool University“ und die „Glasgow Caledonian University“, die einen Bachelor of Science verleihen sowie die „University of Sheffield“, die den Bachelor of Medical Science verleiht. Jeder dieser Studiengänge beinhaltet Studienpraktika für klinisches Management, damit die Studenten nach ihrem Abschluss auf die praktische Arbeit vorbereitet sind.

DIE ORTHOPTISTIN: Gibt es darüber hinaus für ausgebildete Orthoptistinnen in Großbritannien gezielte Zusatzausbildungen, mit denen die beruflichen Möglichkeiten erweitert werden können?

ROWENA MCNAMARA: Es gibt Kurzstudiengänge für Postgraduierte, zum Beispiel für klinische Lehrtätigkeiten, Gesichtsfeldanalyse und einen Postgraduiertenkurs – „MMedSci/Postgraduate Diploma (Vision & Strabismus)“. Kurse im Gesundheitsmanagement werden für Orthoptistinnen ebenfalls angeboten – meist durch Aufbauprogramme des staatlichen Gesundheitsdienstes „National Health Service“. Es gibt viele Möglichkeiten für Orthoptistinnen, an Universitäten in

Großbritannien und im Ausland einen Magisterabschluss oder einen Dokortitel (PhD) zu erlangen. Zudem gibt es immer mehr Angebote, die den Orthoptistinnen ermöglichen, ihre praktischen Kompetenzen zu verbessern und damit auch mehr Leistungen anbieten zu können – z. B. durch zusätzliche Kurse im Glaukommanagement.

DIE ORTHOPTISTIN: Was sind die Zugangskriterien für diesen Studiengang? Wie verläuft das Aufnahmeverfahren?

ROWENA MCNAMARA: In Großbritannien werden viele Kurse angeboten. Informationen können Interessierte über Broschüren und Websites der jeweiligen Universitäten für postgraduierte Studien erhalten. Die Universitäten Liverpool, Sheffield und Glasgow Caledonian bieten Magisterkurse an. Darüber hinaus bieten die Hochschulen City University, Manchester, Bradford und Anglia Postgraduierten Studienkurse an. Viele Universitäten bieten Magisterkurse für das Gesundheitswesen an.

DIE ORTHOPTISTIN: Welche Tätigkeiten üben Orthoptistinnen in Großbritannien aus?

ROWENA MCNAMARA: Zuerst ist zu sagen, dass man als Orthoptistin in Großbritannien hauptsächlich innerhalb des „National Health Service“ arbeitet. Die Hauptarbeit besteht in der Diagnose und Behandlung binokularer Sehstörungen. Orthoptistinnen beurteilen und behandeln Patienten jeder Altersgruppe – selbstständig und in fachübergreifenden Teams.



Im Rahmen der Interviewserie „Orthoptistin in ...“ fragte die Redaktion von „Die Orthoptistin“ die Vorsitzende der „British and Irish Orthoptic Society“ (BIOS), **Rowena McNamara**, nach den Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen für Orthoptistinnen in Großbritannien. Rowena McNamara hat 1977 ihre Qualifikation als Orthoptistin am berühmten „Moorfields Eye Hospital“ in London erworben, war als Lehrorthoptistin am Manchester Royal Eye Hospital, leitete die Orthoptik-Schule in Leeds und ist derzeit als leitende Orthoptistin am Imperial College Health Care NHS Trust tätig. Rowena McNamara hat darüber hinaus in zahlreichen Kursen im In- und Ausland ihr Wissen und ihre beruflichen Erfahrungen an die nachkommenden Generationen von Orthoptistinnen weitergegeben.

Die Arbeit beinhaltet:

- Untersuchung von Säuglingen und Kleinkindern auf Sehstörungen
- Behandlung von Erwachsenen mit Diplopie, auch im Zusammenhang mit anderen Erkrankungen wie zum Beispiel Diabetes mellitus, Schilddrüsenerkrankungen, neurologischen Erkrankungen



INTERVIEW: ORTHOPTISTIN IN GROSSBRITANNIEN

- Die Umsetzung einer zügigen Rehabilitation für Patienten mit Schlaganfällen und erlittenen Gehirnverletzungen, die mit Sehstörungen einhergehen
- Diagnose, Behandlung und Überwachung von Patienten mit einer Glaukomerkrankung
- Untersuchung von Patienten vor und nach Kataraktchirurgie
- Behandlung und Beratung von Patienten mit Sehstörungen, auch im Hinblick auf Hilfsmittelversorgung
- Assistieren bei ophthalmologischen Operationen
- Arbeit im Low Vision Bereich
- Arbeit mit Kindern und Erwachsenen mit allgemeinen und spezifischen Lernproblemen
- Visuelle Rehabilitation nach Gehirnverletzung, Schlaganfall, Lesebehinderung.

Orthoptistinnen verfügen über ideale Voraussetzungen, um Patienten effektiv zu behandeln und zu betreuen. Ihre Vielseitigkeit macht die Orthoptistinnen zum idealen Partner des englischen Gesundheitssystems im Bereich der Augenheilkunde, auch und gerade im Hinblick auf das Preis-Leistungs-Verhältnis ihrer Arbeit.

DIE ORTHOPTISTIN: Wie verteilt sich die berufliche Tätigkeit Ihrer Mitglieder auf die Bereiche Praxis, Klinik, Rehabilitationseinrichtung?

ROWENA MCNAMARA: In Großbritannien arbeiten 1300 Orthoptistinnen, 99% von ihnen arbeiten für das öffentliche Gesundheitswesen, entweder in Krankenhäusern, Gemeinkliniken oder in multidisziplinären Teams, die sich z.B. mit Rehabilitation oder der Sehentwicklung bei Kindern beschäftigen. Wir Orthoptistinnen können Voruntersuchungen (Seh-Screenings) in Schulen anbieten oder bilden Personal für solche Screenings aus. Unsere Arbeit ändert sich ständig – zurzeit

fördert der „National Health Service“ Angebote, die Patienten in den Kommunen zugute kommen.

DIE ORTHOPTISTIN: Inwieweit sind Orthoptistinnen mit wissenschaftlichen Studien beschäftigt?

ROWENA MCNAMARA: Wissenschaftliches Arbeiten ist ein integraler Bestandteil der beruflichen Entwicklung einer Orthoptistin. Wissenschaftliche Forschung mit finanzieller Unterstützung kann über Wissenschaftsstipendien beantragt werden und diese sind oft im Zusammenhang mit einer betreuten Promotionsarbeit an einer Universität verbunden. Auch für Forschungsarbeiten nach der Promotion können Stipendien beantragt werden. Es wird erwartet, dass Orthoptistinnen über den neuesten Stand der wissenschaftlichen Forschung auf dem Laufenden bleiben, so dass sie stets eine evidenz-basierte Behandlung leisten können. Sie sind zunehmend eingebunden in klinische Studien und die Überprüfung der Arbeit im klinischen Alltag.

DIE ORTHOPTISTIN: In Deutschland ausgebildete Orthoptistinnen zeigen in den letzten Jahren verstärkt Interesse an einer Arbeit im Ausland. Ist dies in Großbritannien möglich?

ROWENA MCNAMARA: Da Deutschland zur EU gehört, können deutsche Orthoptistinnen eine befristete Arbeitserlaubnis über den HCPC beantragen, sind dann aber nicht befugt, den geschützten Titel „Orthoptistin“ zu führen. Falls eine deutsche Orthoptistin eine Festanstellung anstrebt, muss sie einen Antrag beim HCPC stellen, um ihre Qualifikation überprüfen zu lassen. In der Regel folgt nach der Genehmigung eine Anpassungsphase (siehe <http://www.hcpc-uk.org/apply/eeaandswitzerland>)

DIE ORTHOPTISTIN: Ist es für Interessenten aus dem Ausland möglich, die Ausbildung in Großbritannien zu absolvieren? Wenn ja: Welche Bedingungen müssen erfüllt sein?

ROWENA MCNAMARA: Wie oben erwähnt, richtet sich die Anpassungsphase nach dem Inhalt der bisher erzielten (deutschen) Qualifikation im Hinblick auf die in Großbritannien bestehenden Voraussetzungen. Die meisten Ausbildungsprogramme richten sich nach der bisherigen Praxiserfahrung. Alle Programme – ob Grundkurs oder Aufbaukurs – setzen bestimmte Englischkenntnisse voraus (normalerweise IELTS level 6.5 oder 7.0).

DIE ORTHOPTISTIN: Wie schätzen Sie aktuell die Berufschancen für Orthoptistinnen in Großbritannien ein?

ROWENA MCNAMARA: Derzeit gibt es zu wenige Orthoptistinnen in Großbritannien, was bedeutet, dass gute Arbeitsmöglichkeiten für Orthoptistinnen aus Europa vorhanden sind.

DIE ORTHOPTISTIN: Wie sieht Ihrer Meinung nach die Ausbildung und die Arbeit für Orthoptistinnen zukünftig in Großbritannien aus?

ROWENA MCNAMARA: Derzeit qualifizieren sich im Jahr rund 70 Orthoptistinnen. Jede Orthoptistin, die sich qualifiziert, hat die Möglichkeit, eine Stelle zu bekommen, allerdings ist damit oft der Umzug in eine abgelegene Gegend verbunden. Aufgrund der demographischen Veränderungen ist ein zunehmender Bedarf an orthoptischen Dienstleistungen zu erwarten – besonders im Hinblick auf die Betreuung älterer Patienten.

DIE ORTHOPTISTIN: Vielen Dank für die aufschlussreichen Informationen!

Interprofessionelle Zusammenarbeit stärken

von Elke van Alen

Bereits in einer früheren Ausgabe der Zeitschrift „Die Orthoptistin“ habe ich auf die interessanten Aktivitäten der Zukunftsinitiative Physiotherapie „ZIPT“ hingewiesen. Der Beitrag sollte ein Anstoß sein, damit auch wir gemeinsam über den „Tellerrand“ hinaus denken und gemeinsam neue Modelle entwickeln, uns für unsere Zukunft engagieren. Bis auf wenige sehr interessante Gespräche ist der Appell verhallt. Verständlich, da doch alle von ihrem Arbeitsalltag in Anspruch genommen werden. Doch die Idee, mit anderen engagierten Berufskollegen über zukünftige Konzepte der gemeinsamen Arbeit nachzudenken, hat mich nicht losgelassen:

Erste ZIPT-Tagung in Bochum

Zwischenzeitlich hat sich ZIPT verändert, aus der Zukunftsinitiative Physiotherapie ist im Rahmen des jährlichen Treffens 2014 die „Zukunftsinitiative interprofessionelle Therapie“ (ZIPT) geworden. Als Mitglied im Zukunftsrat dieser Initiative habe ich gemeinsam mit den anderen Zukunftsräten die erste interprofessionelle Tagung an der Gesundheitshochschule Bochum gestaltet. Zwar reisten Ende Februar 2015 nur 15 Teilnehmer aus ganz Deutschland zu diesem Treffen, darunter Physiotherapeuten, eine Ärztin und ein Professor für Gesundheitspflege. Doch diese arbeiteten hochmotiviert und voller Ideen 2 Tage, um sich mit der

neuen interprofessionellen Ausrichtung auseinanderzusetzen.

Bereits etabliert: Netzwerk Kindertherapie Hamburg-West

Als Impulsvortrag wurde die interprofessionelle Arbeit im Netzwerk Kindertherapie Hamburg-West vorgestellt: Das Netzwerk ist ein Kreis von vielen Therapeuten, die abwechselnd intensiv an den verschiedenen Projekten mitarbeiten – Hebammen, Ernährungs- und Fütterungsberatung, Orthoptistinnen, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, Heilpraktiker, Kinderzahnärzte, Frühförderer und Heilpädagogen, Lerntherapeuten, Elterntrainer, Kinder- und Jugendpsychologen und Kinder- und Jugendpsychiater sowie andere interessierte Berufsgruppen.

Da die Entwicklung der Sehfunktion auch die Gesamtentwicklung eines Kindes beeinflusst, kommt der kindgerechten Untersuchung der Augen durch die Orthoptistin und den Augenarzt große Bedeutung zu. Bei Entwicklungs- und Schulschwierigkeiten können dann Stolpersteine aus dem Weg geräumt, aber auch andere Disziplinen miteinbezogen werden. Den Orthoptistinnen kommt damit eine Lotsenfunktion zu.

Neue ZIPT-Aktionen

Im Rahmen eines Worldcafés vertiefen die Teilnehmer die Themen „Was brauchen wir für Netzwerke in unserer Gesundheitsversorgung?“, „Wie kann interprofessionelle Kommunikation gelingen?“ und „Netzwerke – eine Win-Win-Situation?“.



Die Teilnehmer der ersten ZIPT-Tagung in Bochum

E. VAN ALEN: INTERPROFESSIONELLE ZUSAMMENARBEIT STÄRKEN

Tenor des ZIPT-Treffens war:

- Wir brauchen interprofessionelle Netzwerke, denn sie sind die Zukunft.
- Regionale Netzwerke verbessern die Versorgung und bereichern persönlich.
- Damit das klappt, ist ein „Macher“ oder „Motor“ notwendig.
- Ein inhaltlicher Fokus und regelmäßige Projektarbeiten stärken die Netzwerkanbindung.

Abschließend initiierten die Teilnehmer zwei neue Projekte für Arbeitsgruppen, um diese Entwicklung voranzutreiben:

1. Eine Umfrage zu bereits bestehenden Netzwerken in den deutschsprachigen Ländern mittels eines Fragebogens soll entwickelt werden, um mehr Beispiele und Informationen zu erhalten, mit dem Ziel, als Arbeitsgruppe interprofessionelle Netzwerkbildung unterstützen zu können.

2. Es wurde eine Arbeitsgruppe zur ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) gegründet, um den interprofessionellen Dialog zu stärken.

Die ICF beschreibt die funktionelle Gesundheit – im Gegensatz zu dem uns bekannten ICD10, der Krankheiten beschreibt, aber keine eindeutige Aussage über die Ausprägung der Krankheit und die vorhandenen Fähigkeiten des Patienten macht. Dies ist aber für die Beurteilung der notwendigen therapeutischen Interventionen erforderlich, insbesondere im interdisziplinären Dialog. Ein Beispiel: Die Diagnose Down-Syndrom sagt nur aus, dass das Kind diese Erkrankung hat. Wie eingeschränkt es ist und was es alles kann, darüber sagt die Diagnose nichts. Diese Punkte können aber mit Hilfe der ICF beschrieben werden.

Aktuelle Informationen erhalten Sie über die Facebook-Seite von ZIPT sowie über die Homepage www.zipt.de. Das nächste Treffen von ZIPT wird am 26. und 27. Februar 2016 an der Hochschule in Osnabrück stattfinden. Alle Interessenten sind herzlich eingeladen!

Wahrnehmung der Orthoptistinnen im Kreise der Heilmittelerbringer

Einen guten Einblick in die schwierige Situation der Heilmittelerbringer konnte man beim ersten Treffen in Schleswig-Holstein (weitere Bundesländer könnten folgen) zum Thema „Zukunft der Therapie“ im Juni 2015 in Neumünster bekommen (www.zukunft-therapie.de). Im Rahmen einer Open-Space-Konferenz, die allen interessierten Therapeuten offenstand, wurden Themen und Aktionen vorgeschlagen und anschließend diskutiert. Es wurden Arbeitsgruppen gebildet, zum Beispiel:

- Therapeutenkammergründung,
- Therapeutenregister,
- Unterstützung laufender Petitionen,
- Heilmittelrichtlinien und
- die AG interprofessionelle Therapie und Netzwerkgründung,

die nun aufgerufen sind, Konzepte und Ideen gemeinsam zu entwickeln. Ein kurzes Video und das ausführliche Fotoprotokoll zu den Themen und AGs sind auf der oben genannten Internetseite hinterlegt.

Während der Diskussionen und Workshops der Konferenz ergaben sich immer wieder Themen, in die man sich als Orthoptistin einbringen konnte – dies führt zur Wahrnehmung unseres Berufsbildes im Versorgungskontext. Zeigen wir Orthoptistinnen uns also, sorgen wir für die Wahrnehmung der Orthoptistin im interprofessionellen Umfeld und gewinnen Partner auch für unsere Sache!

Korrespondenzadresse:

Elke van Alen

Augenarztpraxis Blankenese

Dr. Kaupke und Partner

Auguste-Baur-Straße 1

22587 Hamburg

e.vanalen@augen-blankenese.de



Workshop während der ZIPT-Tagung 2015

Schöner Name – wenig schöner Befund für die betroffenen Kinder: Morning Glory-Syndrom

Wenn pathologische Befunde selten auftreten, ist es oft schwierig für die Mediziner, ausreichend Informationen darüber zu erhalten, welche Probleme bei einem bestimmten Krankheitsbild oder bei einer Fehlbildung vorliegen, welche Komplikationen zu erwarten sind und wie man die Patienten am besten betreut. Eine Chance, die wenigen Betroffenen zusammen zu bekommen und eingehend zu untersuchen, haben Spezialisten am ehesten dann, wenn ein klinisches Zentrum einen großen Einzugsbereich betreut. Ein solches auf Kinderophthalmologie spezialisiertes Zentrum gibt es am St. Eriks-Augenhospital von Stockholm, in dessen Einzugsbereich jeder vierte Schwede bzw. jedes vierte schwedische Kind lebt. Eine Forschergruppe dort hat es sich jetzt zur Aufgabe gemacht, die Prävalenz und die Begleitmanifestationen des Morning Glory-Syndroms festzustellen [1].

Diese angeborene Anomalie des Sehnervenkopfes wurde 1970 zum ersten Mal beschrieben und mit der poetischen Bezeichnung versehen, da die Papille sehr an die gleichnamige Blume erinnert, die im Deutschen Trichterwinde heißt. Die Papille ist bei den betroffenen Patienten groß, weiß und tief eingekerbt sowie von einer ausgedehnten Aderhautatrophie und von geradezu speichenförmig ausstrahlenden Blutgefäßen umgeben. Den bisherigen Berichten in der Literatur kann man entnehmen, dass die betroffenen Kinder einen Visus von Handbewegungen bis 0,1 haben.



Foto: M. Wagener

Morning Glory-Papille. Die Papille imponiert als riesiger zentraler Krater, der weit in den Nervus opticus hineinragt.

Häufigstes Erstsymptom Strabismus

Bei der Durchforstung der Krankenakten des St. Eriks-Hospitals auf angeborene Papillenanomalien und den nach erfolgter Einladung in die Klinik dort durchgeführten Untersuchungen und Befragungen fand man schließlich 12 Kinder mit Morning Glory-Syndrom. Bei 11 von ihnen war die Anomalie einseitig. Insgesamt wurde eine Prävalenz von 2,6 Fällen auf 100 000 Einwohner im Alter von 2 bis 19 Jahren errechnet. Wie aus früheren Arbeiten berichtet, tritt das Phänomen bei Mädchen deutlich häufiger auf; im Stockholmer Patientengut waren zwei Drittel weiblich. Bei acht der 12 Kinder war ein Strabismus – ausschließlich eine Exotropie – das erste Symptom, das die Eltern mit dem Baby zum Augenarzt führte, wo dann die Diagnose (in einem Durchschnittsalter von einem halben Jahr) gestellt wurde. Der mittlere Visus in den Augen mit

Morning Glory-Papille betrug 0,06. Erfreulicherweise hatten alle Kinder einen Binokularvisus von mehr als 0,5. Ein Kind brachte es mit diesem Auge immerhin auf eine bestkorrigierte Sehschärfe von 0,65 – was in diesem Fall auch bitter notwendig war, da das andere Auge durch einen Mikrophthalmus blind war. Die von dem Syndrom betroffenen Augen waren im Durchschnitt leicht kurzsichtig (-1,53 dpt).

Neurologische Auffälligkeiten

Das Morning Glory-Syndrom war bei einigen Kindern mit verschiedenen neurologischen Auffälligkeiten assoziiert. Acht Kinder hatten okuläre Motilitätsstörungen, drei einen schwach ausgeprägten Bizipssehnenreflex – ein Reflex, der durch einen Schlag mit einem Reflexhammer auf die Sehne dieses Muskels nahe der Armbeuge ausgelöst wird – zwei hatten Probleme auf einem Bein zu stehen. Die Auswertung der Fragebögen zu den sozialen Kompetenzen der Kinder legte ferner die Vermutung nahe, dass das Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) und andere Verhaltensstörungen bei den Betroffenen weit verbreitet sind. Im Gegensatz zu anderen Berichten, die eine Netzhautablösung als häufig mit dem Morning Glory-Syndrom assoziiert fanden, hatte von den Stockholmer Kindern keines eine Amotio erlitten. rdg

1. Ceynowa DJ et al (2015) Morning Glory Disc Anomaly in childhood – a population-based study. Acta Ophthalmol, online publiziert am 14. Juli

See Africa – als Orthoptistin in Kenia: Entwicklungshilfe in Blindenschulen

Juliane Schmid-Reher

Herbst 2001: Petra Verweyen, Leiterin des Low Vision Projects in Nairobi, hatte über den BOD um Spenden von Kinderbrillen gebeten. Ich las diesen Aufruf und er interessierte mich. Gebrauchte Kinderbrillen bekam ich immer wieder einmal zur Weitergabe in die Hände. Nach einigem Bemühen – alles noch ohne Internet – klappte der Kontakt zum Projekt der Christoffel Blindenmission (CBM).

Petra Verweyen rief mich an und teilte mir mit, dass die Brillen hochwillkommen waren. Aber das war nicht alles. Sie lud mich nach Kenia ein. Das kam ziemlich unvermittelt – aber bereits Anfang 2002 assistierte ich der Kollegin in Kenia. Ich lernte im Schnelldurchlauf die sozialen und wirtschaftlichen Verhältnisse in diesem Entwicklungsland und ebenso die dort herrschenden therapeutischen Bedingungen kennen. Und ich lernte die großartige Arbeit Petra Verweyens schätzen.

Nach einigen Wochen dann die Rückreise: In meinem Koffer befanden sich nicht nur meine Siebensachen, sondern auch der Wunsch, den vielen Kindern mit Sehschädigungen zu helfen, deren körperliches, materielles, und mentales Elend ich kennengelernt hatte. Im Mittelpunkt stand eine Liste von besonders bedürftigen Kindern, die aufgrund ihrer Behinderung keine Schule besuchen konnten.

Blindheit und Sehbehinderung bringen Menschen in den Entwicklungsländern an den Rand der Existenz. Die unbeschreibliche Armut vieler Betroffener lässt oft keinerlei Ausbildung zu, weil diese Geld kostet. Damit gibt es für Sehbehinderte auch häufig keine Berufsausbildung, was wiederum ihre Lebensgrundlage stark einschränkt. Zudem herrscht ein gravierender Mangel an Ärzten: Ein einziger Augenarzt versorgt statistisch gesehen eine Million Menschen. Das Schulsystem wurde nach englischem Vorbild eingerichtet. Nach zwei Jahren Vorschule gehen die Kinder ab dem sechsten Lebensjahr in die Primary School, ab dem neunten Schuljahr sind sie in der Secondary School und können dann in Klasse 12 ihren Abschluss machen, der unserem Abitur gleichkommt.

So die Theorie. Sie gilt für diejenigen, die es sich leisten können – Blinde und Sehbehinderte gehören im Regelfall nicht dazu. Zwar wurde 2004 die allgemeine Schulgeldpflicht abgeschafft, gültig ist dies allerdings nicht für die Blindenschulen, von denen es nur wenige gibt. Die Kinder wohnen oft sehr weit entfernt von den Schulen. Blindenschulen sind Internatsbetriebe und kosten Schulgeld. Enthalten sind die Kursgebühren, Unterkunft, Verpflegung, Schuluniformen und manches mehr. Bedenkt man, dass in Kenia das durchschnittliche Monatseinkommen bei 30 Euro

liegt, aber jeder zweite Erwerbsfähige arbeitslos ist, dann wird deutlich, welche Spirale der Erfolglosigkeit die behinderten Kinder von Geburt an belastet.

Die Kosten für die Ausbildung sind variabel. Sie beginnen bei etwa 100 Euro jährlich für die erste Klasse und steigern sich kontinuierlich bedarfsorientiert auf rund 350 Euro in der High School. Für ein Studium sind etwa 600 bis 800 Euro erforderlich – wohlbemerkt: im Jahr. Von Familien, die ihren Kindern in den Schulferien nicht einmal die Heimreise mit dem Bus finanzieren können, sind diese Summen nicht aufzubringen. Die Folge ist, dass die Kinder ganzjährig in der Schule bleiben. Allerdings legen die Angehörigen großen Wert darauf, einen für sie machbaren Beitrag zu leisten. Die Familienmitglieder legen zusammen, oft liefern sie auch Naturalien, wie z. B. Mais.

„See Africa“ – ein Projekt entsteht

Soviel zur allgemeinen Situation. Aus dem Bedürfnis zu helfen entstand zusammen mit meinem Mann und vielen Freunden ein Schulgeldfond, der den beziehungsreichen Namen „See Africa“ trägt. Das Muster unserer Tätigkeit ist simpel: Wir sammeln in Deutschland Spenden, die wir an jene Schulen weiterleiten, die in Kenia blinde und sehbehinderte Schüler ausbilden.

Dabei unterstützt uns organisatorisch ein Partnerverein (Ananse e. V., Bielefeld) und unser Administrationsbüro Salus Oculi Kenia, eine Nichtregierungsorganisation in Nairobi.

Unsere Hilfsorganisation hat eine überschaubare Größe. Wir werben im direkten Gespräch, haben Faltposter und eine Homepage, beides gespendet von einem Medienunternehmen, aber führen keine aufwendigen Werbekampagnen durch. Direktheit und Transparenz der Maßnahmen ist uns und den Spendern Leitlinie unserer ehrenamtlichen Tätigkeit.

Fast alle der von uns geförderten Schüler (aus denen nicht selten später Studenten werden) sind uns persönlich bekannt. So kennen auch die Schüler uns und haben eine Vorstellung von den Personen, die hinter den Zuwendungen stehen. Die Spender können, wenn sie es wünschen, den Kontakt zu den Schülern direkt aufnehmen – soweit dies aufgrund der Behinderung möglich ist. Wir Organisatoren erhalten über Salus Okuli regelmäßig Berichte über den Fortschritt der Ausbildungen, wir bekommen die Zeugnisse der Schüler und werden auch bei besonderen Ereignissen unterrichtet. Den Paten leiten wir diese Dokumente und Informationen weiter. Wir erleben, dass sich eine persönliche Kommunikation zwischen Patenkind und Paten entwickelt und sorgen dafür, dass z.B. auch Sachzuwendungen den Weg zum Empfänger finden.

Berührende Einzelschicksale

Von Elizabeth Gweya erfuhren wir per E-Mail von Zeit zu Zeit über das Schicksal ihrer Familie. Vom frühen Tod der Eltern, wie sich ihre vier Geschwister (drei von ihnen Albinos und stark sehbehindert) allein durchschlagen mussten, weil ihre Tante bei bürgerkriegsähnlichen Unruhen erschossen

wurde, bis hin zur Regenkatastrophe, die ihre Lehmhütte überschwemmte. Ein Fall unter vielen. Durch unseren Notfallpool, in dem nicht personalisierte Spenden gesammelt werden, konnten wir die härteste Not mildern. Metrine Wamalva unterstützten wir bei ihrem Pädagogikstudium, das sie, eine Blinde, mit dem Lehrerinnenexamen abschloss. Sie hatte in der kenianischen Gesellschaft unter mehrfachen Diskriminierungen zu leiden, denn neben der Armut ihrer Herkunftsfamilie und ihrer körperlichen Behinderung ist sie auch als Frau im Berufsleben benachteiligt. Nach ihrem Examen allerdings erlebte sie ein kleines Wunder: Sie ging in ihren Heimatort zurück und bekam dort als Lehrerin eine Staatsposition. In der Dorfbevölkerung ist sie aufgrund dieses unerwarteten Erfolges neben dem Mediziner eine hoch anerkannte Person. Man lässt sich von Metrine beraten, ihr Wort gilt in der Gemeinschaft. Und sie hat nicht vergessen, dass zu ihrer eigenen Tüchtigkeit ein gutes Quäntchen Glück und die Hilfe von außen getreten ist.

Förderung auf vielen Ebenen

Im Fokus von „See Africa“ steht die Förderung von Schule und Studium. Darüber hinaus gibt es eine Reihe von zusätzlichen Hilfsmaßnahmen, die begleitend die Ausbildungssituation erleichtern. So besorgten wir immer wieder diverse Sehhilfen, erwarben Braillemaschinen für Schulen, finanzierten Langstöcke, unterstützten Einweisungskurse zu ihrer Benutzung und instruierten in Workshops Lehrkräfte über die Wartung und Reparatur von Braillemaschinen. Für die Schulen beschafften wir Lehrbücher, Holzlehrmodelle und Schuluniformen. Wir kauften Betten für Internate und stellten Fahrgelder für die Ferienheimreisen bereit.

Unterstützung erhielten wir u. a. von der Firma Dr. Ausbüttel (Piratoplast). Durch deren Zuwendung konnten wir 40 000 Okklusionspflaster an Einrichtungen in Kenia und im Kongo weiterleiten. Der Kongo zählt übrigens zu dem neuen Einsatzgebiet von Petra Verwey. Viel Freude hat uns auch die Empfehlung durch Dr. Ausbüttel an die Organisation „Children for a better World“ bereitet. Kinder beraten und entscheiden hier über Anträge auf Förderung von Hilfsprojekten. In kindgerechter Sprache formuliert, konnte „See Africa“ schon zweimal überzeugen: Zugunsten einer Rundum-Hilfe mit Sportschuhen, Schuluniformen, Fahrgeldern für die Ärmsten der Armen in der Blindenschule Thika und einem 10 000 Liter Wassertank für die Integrationsschule Logloggo in einer Halbwüste Kenias.

Wegen der weit verbreiteten gesundheitlichen und sozialen Verelendung vegetieren die meisten Sehbehinderten ohne Unterstützung dahin. Die von uns geförderten Kinder haben trotz ihrer Einschränkungen akzeptable Positionen in ihrer Gesellschaft und fast alle haben ihre schulische Laufbahn durchgehalten. Für alle, die inzwischen die Ausbildungen abgeschlossen haben, hat es sich gelohnt. Es sind Handwerker, Lehrerinnen und Ingenieure aus ihnen geworden.

Korrespondenzadresse:

*Juliane Schmid-Reher, Orthoptistin
Wolfsangerstr. 144, 34125 Kassel
www.see-africa.de
uwe.reher@gmx.net*

Erwachsene Schieler haben hohe Erwartungen an die Operation

Eine englische Studiengruppe hat einen aus 17 Punkten bestehenden Fragebogen entwickelt, mit dem man bei erwachsenen Schielpatienten die Erwartungshaltung einzuschätzen hofft, die sie an einen operativen Eingriff haben. Dieser „Expectations of Strabismus Surgery Questionnaire“ (ESSQ) wurde insgesamt 220 Erwachsenen mit Strabismus vorgelegt, die sich an der renommierten Londoner Augenklinik „Moorfields Eye Hospital“ einem korrigierenden Eingriff unterzogen. Erfragt werden mit dem ESSQ Aspekte aus drei Lebensbereichen:

1. Intimität und Fragen/Probleme in Zusammenhang mit dem eigenen Aussehen. Hier wird u. a. gefragt: „Meine Fähigkeit, intime Beziehungen einzugehen“, „das Erscheinungsbild meiner Augen“
2. visuelle Funktion. Hier lauten die Fragen z. B. „mein Doppeltsehen“, „meine Kopfhaltung“
3. soziale Beziehungen. Dazu wird z. B. gefragt „Wie peinlich ist es mir, wenn mich die Leute ansehen“. Für die Antwort auf die Fragen stehen dem Patienten 5 Möglichkeiten zur Verfügung, seine Erwartungshaltungen zu bewerten: 1 (wird beträchtlich schlechter), 2 (wird schlechter), 3 (bleibt gleich), 4 (wird besser), 5 (wird beträchtlich besser). Je höher die Erwartungshaltung, umso höher ist also die Punktzahl. Die Auswertung zeigte einen präoperativen Optimismus der Patienten, der in einigen Punkten leicht über das hinausging, was die Orthoptistin und der Augenarzt als realistisch ansehen würden. Das gilt vor allem für die Diplopie. Von den 124 Befragten mit Doppelbildwahrnehmung erwartete nur 1 Patient, dass es

schlechter würde, 8 gingen davon aus, dass alles bliebe wie bisher, die überwältigende Mehrheit indes erwartete Besserung bzw. deutliche Besserung. Aus der Literatur hingegen weiß man, dass bei rund zwei Drittel der erwachsenen Schielpatienten über bis zu 6 Monate postoperativ Doppelbilder bestehen bleiben und ungefähr ein Fünftel der Patienten mit residualen horizontalen Abweichungen im täglichen Leben Doppelbilder wahrnimmt.

Auch was den kosmetischen Aspekt anbelangt waren die Patienten sehr optimistisch: 41 % erwarteten eine Verbesserung, 42 % eine beträchtliche Verbesserung der Stellung. Einen Anstieg des eigenen Selbstbewusstseins nach der Operation sahen 75 % voraus. Eine erfreuliche Entwicklung des Intimlebens erwarteten Frauen in stärkerem Maße als Männer – und jüngere Frauen ganz besonders. Dass sich an bereits bestehenden Freundschaften nichts ändern würde, war für 84 % wahrscheinlich, doch immerhin 34 % erwarteten, dass es ohne Schielen leichter würde, neue Freunde zu gewinnen.

„Wenn man die Erwartungen der Patienten genau kennt, können bei der Vorbetreuung Patienten mit unrealistischen Ansprüchen an den Eingriff identifiziert und diese vorher noch diskutiert werden.“ – resümieren die Autoren und ergänzen: „Vor allem Patienten mit einer durch den Strabismus sehr eingeschränkten Lebensqualität haben hohe Erwartungen.“ rdg

McBain H, et al (2015) What do patients with strabismus expect post surgery? The development and validation of a questionnaire. Br J Ophthalmology, online publiziert am 21. Juli.

Termine

15.–17.10.2015 Heidelberg

Strabologietage Grundkurs & Update
<http://www.strabologie.de/>

17.10.2015 Fulda

Seminar Asthenopie 2015
Seminar für Orthoptistinnen
Veranstalter: Berufsverband der Orthoptistinnen Deutschlands e.V. – BOD

23.–24.10.2015 Wien

49. Symposium des Consilium Strabologicum Austriacum
<http://www.csa-symposium-2015.at>

30.–31.10.2015 St. Gallen

21. Strabologische und Neuroophthalmologische Falldemonstrationen
Wissenstransfer durch Fallvorstellungen mit interaktivem Abstimmingsystem und Orthoptistinnen-Vortragsblock

7.11.2015 Linz

3. Low Vision Workshop
www.bblinz.at

21.–22.11.2015 Mainz

18. Tagung der Bielschowsky-Gesellschaft
www.bielschowsky.de
zusammen mit der Jahrestagung des Berufsverbandes der Orthoptistinnen Deutschlands e.V. <http://orthoptistinnen.de> und der Mainzer Augenärztlichen Fortbildung

28.–30.4.2016 St. Gallen

5. Interaktiven Falldemonstrationen und Blickdiagnosen
<http://www.miesc.ch/>

6.6.2016 weltweit

World Orthoptic Day

12.–18.6.2016 Walchsee, Tirol

41. Strabologische Seminarwoche

27.–30.6.2016 Rotterdam

13. International Orthoptic Congress
<http://ioacongress2016.org/>