

ORTHOPTISTIN

FEBRUAR 2025 | 14. Jahrgang | Heft 1

THEMA:

Handelt es sich hier um ...?
– eine Krankengeschichte
aus der Klinik

Stellenwert der kranialen
Magnetresonanztomografie
bei akut erworbener
konvergenter Esotropie

Herausforderungen
bei der ophthalmologischen
Rehabilitation
okulärer Traumata

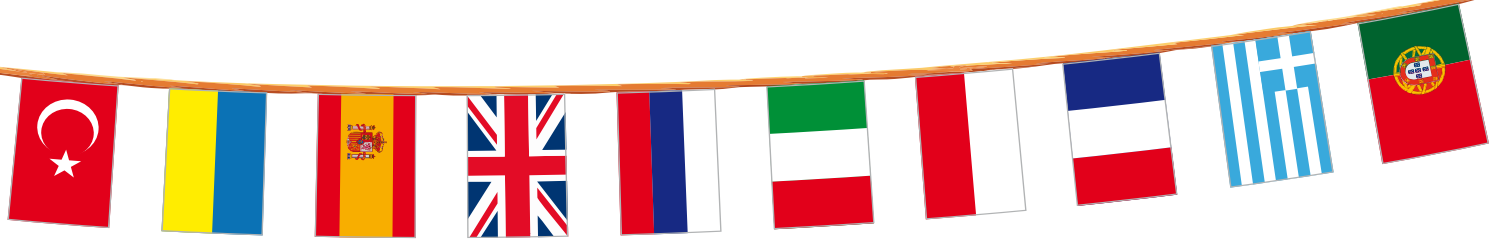
INTERVIEW:

Die erste orthoptische
Praxis in Deutschland
eröffnet



Eine Publikation
des Kaden Verlags





Sprachbarrieren in der Praxis?

Der VASCO Translator ist die Lösung!

Wir möchten Sie unterstützen und bieten **exklusiv für Sie** den VASCO Translator V4 Ruby Red zum Vorzugspreis an: Für **nur 299 € brutto** (statt 389 €) inklusive einer hochwertigen Schutzhülle (nur solange der Vorrat reicht).

- **Echtzeit-Übersetzungen in unter 0,5 Sekunden** mit höchster Genauigkeit und perfekter Aussprache
- **76 Sprachen mit Spracheingabe**, 108 Sprachen im Foto-Übersetzer und 90 Sprachen im Text-Übersetzer
- **Gratis Internet** in fast 200 Ländern weltweit – ohne Limit und ohne Folgekosten

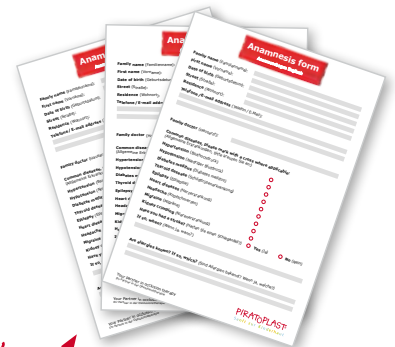


Bestellen Sie jetzt kostenpflichtig Ihr Exemplar zum Vorzugspreis von 299 € brutto per E-Mail mit ihrer Praxisadresse an: austausch@piratoplast.de



Weitere Unterstützung bei Sprachbarrieren finden Sie mit dem **Anamnesebögen & Erste Schritte zur Praxis Anmeldung** in mehreren Sprachen auf unserer Website zum Download:

<https://www.piratoplast.de/augenpflaster/downloads/>



Datenschutzrechtl. Verantwortlicher: Dr. Ausbüttel & Co. GmbH, Ernst-Abbe-Straße 4, 44149 Dortmund, Telefon 0231/28666-100, E-Mail: datenschutz@drausbuettel.de. Zweck der Verarbeitung: Bearbeitung Ihrer Bestellung, keine Übermittlung Ihrer Daten an Dritte und nicht in Länder außerhalb der EU. Betroffenenrechte: Art. 15 – 20 DSGVO sowie Art. 77 DSGVO. Weitere Informationen unter: <https://www.piratoplast.de/datenschutz/>



Apropos Fortbildung!



Dr. med.
Reinhard Kaden

Liebe Leserinnen und Leser!

Orthoptistinnen und Augenärzte haben viele Schnittmengen – bei der täglichen Arbeit in Praxis und Klinik, aber auch bei der Fortbildung. Vor Jahrzehnten war die jährliche Tagung des Arbeitskreises „Schielbehandlung“ während der Wiesbadener Tagung des Berufsverbandes der Augenärzte Deutschlands der Treffpunkt der beiden Berufsgruppen. Nach der Verschmelzung dieser Tagung mit der Essener Fortbildung für Augenärzte zur Augenärztlichen Akademie Deutschland, die dieses Jahr zum 25. Mal in Düsseldorf stattfinden wird, ist es dort die Ringvorlesung Strabologie, die traditionell am Samstag auf dem Programm steht und einen großen Hörsaal füllt. Ein Klassiker der gemeinsamen Fortbildung ist die von Dr. Manfred Freigang gegründete Strabologische Seminarwoche, die 2025 zum 48. Mal stattfinden wird – wie immer bestens organisiert von Uschi Anselstetter. Orthoptistinnen und Augenärzte bilden sich außerdem – inzwischen bereits zum 13. Mal – gemeinsam bei den Strabologietagen fort, die wechselnd in

Dresden, München, Essen und Heidelberg ausgerichtet werden und sich zu einer festen Institution entwickelt haben. Zuletzt – vom 7. bis 9. November 2024 – fanden sie unter Leitung und Organisation von PD Dr. Christina Beisse und ihrem engagierten Team in Heidelberg statt. Komprimierte, praxisrelevante Überblicksvorträge zum strabologischen Basiswissen werden dabei ergänzt durch praktische Übungen von Untersuchungstechniken, Skiaskopie und Prismenanpassung in kleinen Gruppen. Einen großen Stellenwert haben interaktive Falldemonstrationen, um den Teilnehmern Sicherheit in der direkten Patientenversorgung zu vermitteln. So nimmt man viele wichtige Hinweise wie z. B. diesen von Dr. Ernst Höfling mit: „Der alternierende Covertest lässt die Summe aller manifesten und latenten Augenstellungsabweichungen erkennen, der Aufdecktest die fusional kompensierbaren, latenten Abweichungen.“ Die Planungen für die 14. Strabologietage, die im Herbst 2025 in Essen stattfinden werden, laufen bereits. Informationen dazu gibt es unter www.strabologietage.de. – Wie schön, dass es derlei Veranstaltungen gibt!

Das meint Ihr

Dr. med. Reinhard Kaden
Verleger

THEMA

Handelt es sich hier um ...?
– eine Krankengeschichte
aus der Klinik
S. Brauweiler **7**

Die ungelöste Frage: Stellenwert
der kranialen Magnetresonanztomografie bei akut erworbener
konvergenter Esotropie
M. Merkschlager, K. Obst **9**

Herausforderungen bei der
ophthalmologischen Rehabilitation
okulärer Traumata
*J. Lahne, O. Kolbe,
U. Wagner, K. S. Kuner* **11**

INTERVIEW

Die erste orthoptische Praxis
in Deutschland eröffnet
*Nachgefragt bei
Katja Bendzmierowski-Köhler* **5**

NACHRICHTEN

Norbert Gorltd mit dem
Cüppers-Gedenkpreis geehrt **4**

BOD: Jutta Johnke und
Maria Lüdtke neu in den
Vorstand gewählt **16**

Neue Schule für Orthoptik
in Berlin **16**

IMPRESSUM **4**

ORTHO-QUIZ **6**

PRAXIS-TIPPS **8**

KONGRESSNOTIZ **15**

TERMINE **16**

Erfreulicherweise hat die Firma Dr. Ausbüttel & Co. GmbH in Dortmund, Hersteller der Okklusionspflaster Piratoplast®, ein Patenschaftsabonnement dieser Zeitschrift für alle Orthoptistinnen und Orthoptisten in Deutschland und Österreich übernommen, sodass den Leserinnen und Lesern keine Kosten entstehen.

PIRATOPLAST®

BOD: Norbert Gorldt mit dem Cüppers-Gedenkpreis geehrt



Foto: BOD

Bei der Übergabe des Cüppers-Gedenkpreises im November 2024: (v.l.n.r.) Nicole Lehrer, Melanie van Waveren, Norbert Gorldt, Bettina Spieth, Kerstin Hornig, Ulla Pink-Theofylaktopoulos

Der Berufsverband Orthoptik Deutschland (BOD) hat Norbert Gorldt im Rahmen des Bundeskongresses in Köln für seinen unermüdlichen Einsatz in der Patientenversorgung bei Sehbehinderungen den Cüppers-Gedenkpreis verliehen. N. Gorldt ist Initiator der BOD-Weiterbildung zum „Spezialist:in

für vergrößernde Sehhilfen und Low Vision Beratung“ und langjähriger Leiter des Fachausschusses Low Vision. N. Gorldt absolvierte seine Ausbildung zum Orthoptisten von 1982 bis 1985 an der Universitätsaugenklinik in Gießen und war ab dem Jahr 1985 Mitglied im BOD, wo er viele Jahre auch Vorstandsmitglied war. Von 2003 bis 2023 war er als Orthoptist an der Deutschen Blindenstudienanstalt Marburg tätig, seit Dezember 2023 befindet er sich im Ruhestand.

Der Cüppers-Gedenkpreis, der alle vier Jahre verliehen wird, ehrt Orthoptistinnen und Orthoptisten, die sich im Sinne von Prof. Dr. Curt Cüppers, dem Wegbereiter der Strabologie und Neuroophthalmologie in Deutschland, um das Berufsbild der Orthoptistin/des Orthoptisten verdient gemacht haben.

Laserpointer: EU begrenzt Leistung von Laserpointern auf 1 Milliwatt

Wie das Bundesamt für Strahlenschutz (BfS) im Dezember 2024 informierte, gilt in der Europäischen Union (EU) seit September 2024 die neue Norm EN 50689, die nur noch Laserpointer der Laserklassen 1 und 2 erlaubt. Geräte mit einer Leistung von über einem Milliwatt sind demnach EU-weit nicht mehr zulässig. Sowohl BfS als auch die Bundesanstalt für Arbeitsschutz (BAuA) sehen diese Neuerung positiv: „Laserpointer mit hoher Leistung sind aus Sicht des Strahlenschutzes ein Sicherheitsrisiko. Durch die neue Norm wird der Verbraucherschutz gestärkt, das Risiko von Augenverletzungen sinkt. Insbesondere mit Blick auf

Kinder und Jugendliche ist die Neuregelung eine Verbesserung“, so Inge Paulini, Präsidentin des BfS. Mit der neuen Norm wird die europaweite Marktüberwachung für Laserpointer künftig deutlich vereinfacht. Das bedeute weniger gefährliche Laserprodukte auf dem Markt. Um vor Missbrauch durch starkes Blenden – beispielsweise im Straßen- oder Flugverkehr oder durch unsachgemäßen Gebrauch vor allem unter Kindern und Jugendlichen – zu schützen, haben BfS und BAuA Empfehlungen für Verbraucher veröffentlicht, nach denen sie nur den Kauf von Laserpointern der Klasse 1 empfehlen.

DIE ORTHOPTISTIN

ISSN 2195-1918

HERAUSGEBER UND VERLAG:

Dr. Reinhard Kaden Verlag
GmbH & Co. KG

Stresemannstr. 12, 68165 Mannheim
Tel.: 0621 / 32168900, Fax 32168929
www.kaden-verlag.de

SCHRIFTLÉITUNG:

Dr. med. Reinhard Kaden, Mannheim
Katja Lorenz-Kaden, Mannheim

REDAKTIONSBEIRAT:

Prof. Dr. med. Anja Eckstein, Essen
Prof. Dr. med. Michael Gräf, Gießen
Simone Hatebur, Witten-Herdecke
Ute Marxsen, Heidelberg
Barbara Stoll, Heidelberg
Prof. Dr. med. Michael P. Schittkowski,
Göttingen

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, Mannheim

DRUCK:

Neumann Druck
69126 Heidelberg

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

Die erste orthoptische Praxis in Deutschland eröffnet

Nachgefragt bei Katja Bendzmierowski-Köhler



Katja Bendzmierowski-Köhler (41) absolvierte ihre Ausbildung zur Orthoptistin von 2002 bis 2005 in der Berufsfachschule des Universitätsklinikums Leipzig. Ab 2005 war sie als Orthoptistin am Universitätsklinikum Dresden tätig, seit 2010 übt sie ihren Beruf in verschiedenen Augenarztpraxen aus. Katja Bendzmierowski-Köhler bildete sich im Laufe der Jahre berufsbegleitend fort, so unter anderem zur Spezialistin für vergrößernde Sehhilfen und Low Vision Beratung und zur Spezialistin für Neuro-Orthoptik und visuelle Rehabilitation. Im April 2024 erlangte sie ihre Zulassung als Heilpraktikerin auf dem Gebiet Orthoptik.

Im Januar 2025 hat Katja Bendzmierowski-Köhler die erste orthoptische Praxis Deutschlands in Dresden eröffnet. Was die Hintergründe sind, welchen Weg die Orthoptistin mit der eigenen Praxis einschlagen möchte und welche Hürden davor zu nehmen waren, hat DIE ORTHOPTISTIN im Gespräch mit Katja Bendzmierowski-Köhler erfragt.

DIE ORTHOPTISTIN: Liebe Frau Bendzmierowski-Köhler, zunächst einmal herzlichen Glückwunsch zur eigenen Praxis. Was hat Sie zu der Niederlassung bewogen?

K. BENDZMIEROWSKI-KÖHLER: Vor über acht Jahren gab es mit dem Berufsverband Orthoptik Deutschland (BOD) erste Gespräche, welchen Weg man einschlagen kann, damit für Orthoptistinnen und Orthoptisten eine Arbeit in eigener Praxis möglich wird. Ich fand es schon damals eine tolle Idee eine Praxis zu eröffnen. Also haben wir es versucht. Ich habe beim Gesundheitsamt in Dresden eine sektorale Heilpraktikererlaubnis für das Gebiet Orthoptik beantragt, die es zu dem Zeitpunkt ja noch nicht gab.

DIE ORTHOPTISTIN: Welche Voraussetzungen mussten Sie erfüllen, um diese Praxis eröffnen zu können?

K. BENDZMIEROWSKI-KÖHLER: Man braucht eine abgeschlossene Berufsausbildung als Orthoptistin. Die sektorale Heilpraktikerzulassung für das Gebiet Orthoptik, die ich beantragt hatte, musste erst geschaffen werden. Das hat lange gedauert und war nur über eine gerichtliche Entscheidung möglich. Außerdem muss man

eine zusätzliche Prüfung ablegen. Diese habe ich im April bestanden und dann konnte die Praxisplanung beginnen.

DIE ORTHOPTISTIN: Heilpraktikern ist eine Reihe von heilkundlichen Tätigkeiten verboten – die Orthoptik gehört nicht dazu. Orthoptistinnen und Orthoptisten hätten als Heilpraktiker also schon bisher in diesem Gebiet tätig sein können. Wie kommt es, dass Sie dennoch die erste niedergelassene Orthoptistin sind?

K. BENDZMIEROWSKI-KÖHLER: Wenn man eine Ausbildung zum Heilpraktiker absolviert, hat man so viel Wissen erlangt, dass man sich wahrscheinlich nicht nur auf den Bereich Orthoptik beschränken will. Man möchte dann seinen Patienten ganzheitlich helfen. Sicher wird auch mal eine orthoptische Untersuchung einfließen, aber kein Heilpraktiker wird vermutlich nur Sehschule machen wollen, wenn er mehr kann und darf.

DIE ORTHOPTISTIN: Sie haben über 19 Jahre als Orthoptistin in Kliniken und Praxen gearbeitet. Was werden Sie in Ihrer eigenen Praxis anders – oder besser – machen?

K. Bendzmierowski-Köhler: Ich möchte mir für die Patienten mehr Zeit nehmen. Wieder Zeit für ausführliche Befunde, Zeit mit den Kindern und Eltern zu sprechen. Es ist wichtig, dass Kinder und Eltern aufgeklärt sind, verstehen, warum wir z. B. Pflaster kleben. Motivation braucht Zeit. Ich möchte, dass meine Patienten sich wohlfühlen und gerne zur Kontrolle kommen. Auch wenn es Probleme mit der

■ INTERVIEW: DIE ERSTE ORTHOPTISCHE PRAXIS IN DEUTSCHLAND ERÖFFNET

Okklusionstherapie gibt, ist es wichtig zu erörtern, wo das Problem liegt und wie wir die Motivation verbessern können. Wir nehmen uns Zeit, hören zu und lachen mit den Kindern. Sehschule soll Spaß machen!

DIE ORTHOPTISTIN: Häufig behandeln Sie als Orthoptistin Kinder – sehen Sie in diesen auch zukünftig die Patienten, die in Ihrer eigenen Praxis am häufigsten vertreten sein werden?

K. BENDZMIEROWSKI-KÖHLER: Ja, Kinder werden einen Großteil der Patienten ausmachen. Aber auch Erwachsene mit z. B. asthenopischen Beschwerden oder Doppelbildern werden sich vorstellen. Auch hier ist Bedarf, da es viele Augenarztpraxen ohne Orthoptistin oder Orthoptisten gibt.

DIE ORTHOPTISTIN: Wenn Patienten bisher in einer augenärztlichen Praxis orthoptisch untersucht werden, rechnet die Augenärztin oder der Augenarzt diese Leistung über die Krankenversicherung ab. Bei Ihnen ist das anders: Man benötigt keine Überweisung, muss die Leistungen, die Sie erbringen, allerdings aus eigener Tasche bezahlen. Warum sollten Patien-

ten dies tun? Gerade bei länger andauernden Behandlungen, wie sie in Ihrem Berufsfeld die Regel sind, kann da ein stattlicher Betrag zusammenkommen?

K. BENDZMIEROWSKI-KÖHLER: Die Behandlungskosten halten sich bei mir in Grenzen. Oft warten Eltern beim Augenarzt lange auf einen Termin, verbringen viel Zeit im überfüllten Wartezimmer, die Zeit für die Behandlung ist aufgrund der hohen Patientenzahlen knapp. Viele Eltern möchten das nicht mehr. Sie möchten, dass sich jemand Zeit nimmt, freundlich ist, etwas erklärt – das bekommen Sie bei mir und geben dafür gerne Geld aus.

DIE ORTHOPTISTIN: Orthoptische Leistungen wurden bisher ausschließlich in augenärztlichen Praxen und Kliniken angeboten. Wenn nun viele Ihrer Kolleginnen und Kollegen Ihrem Beispiel folgen würden, hätten die Patienten zwei Anlaufstellen – wo ist der Vorteil?

K. BENDZMIEROWSKI-KÖHLER: Es würde die Augenarztpraxen entlasten. Patienten würden dann nur noch zur organischen Untersuchung zum Augenarzt gehen. Die Kinder würden schneller versorgt werden, weil sie einen direkten Zugang zur

Orthoptistin und zum Orthoptisten bekommen. Auch Eltern, die keine Überweisung vom Kinderarzt bekommen, können Ihre Kinder vorstellen. Es wäre mehr Zeit für Screeninguntersuchungen. Kinder kommen somit nicht erst dann, wenn etwas auffällt.

DIE ORTHOPTISTIN: Ist abzusehen, ob zukünftig die gesetzlichen Krankenversicherungen ggf. auch bei rein orthoptischen Praxen die Kosten erstatten – ist das etwas, was Ihre Berufsgruppe anstrebt?

K. BENDZMIEROWSKI-KÖHLER: Ich empfehle meinen Patienten ihre Rechnung im Anschluss der Behandlung an die Krankenkasse zu schicken, damit dort eine Prüfung für die Kostenerstattung erfolgt. Wir sind gespannt, was passiert. Natürlich wäre es klasse, wenn Patienten wenigstens einen Teil der Kosten erstattet bekommen.

DIE ORTHOPTISTIN: Liebe Frau Bendzmirowski-Köhler, herzlichen Dank für diese interessanten Antworten und viel Erfolg mit Ihrer Praxis.

Die Fragen stellte Katja Lorenz-Kaden.

ORTHO-QUIZ

In unserem „Ortho-Quiz“ greifen wir anhand von Multiple-Choice-Fragen die unterschiedlichsten Themen aus der Augenheilkunde auf und geben eine ausführliche Begründung für die richtige Antwort. Dies soll unseren Leserinnen und Lesern die Möglichkeit geben, den eigenen Wissensstand aus den verschiedenen Themenkomplexen der Augenheilkunde – ganz nach Lust und Laune – zu überprüfen.

FRAGE: Was verstehen sie unter einer Kreuzfixation?

In diesem Fall haben Sie keine Multiple-Choice und müssen spontan entscheiden.

Handelt es sich hier um ...?

– eine Krankengeschichte aus der Klinik

Sonja Brauweiler

Ein männlicher Patient, 31 Jahre alt, stellte sich als Notfall in der allgemeinen Ambulanz vor. Er gab an, seit 3 Jahren im Abblick zunehmend verschwommen zu sehen. Eine Brille benötigt der Patient nicht. Sein Allgemeinzustand ist gut, er berichtet jedoch von einem phasenweise auftretenden Schwindel, der bereits von einem Hals-Nasen-Ohrenarzt abgeklärt wurde – dabei wurde in der Vergangenheit ein benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel diagnostiziert. Das Verschwommensehen im Abblick nahm laut Aussage des Patienten innerhalb der letzten Woche zu.

Ophthalmologischer Befund im Notdienst

Bei der Spaltlampenuntersuchung im Notdienst fiel ein phasenweise auftretendes, atypisches Zucken des rechten Auges im Abblick auf, das reproduzierbar war. Der Patient wurde aufgefordert, sich am Folgetag in der orthoptische Abteilung zum Ausschluss einer Trochlearisparese vorzustellen.

Orthoptischer Befund

Bei der orthoptischen Untersuchung am nächsten Tag lag Orthophorie für die Ferne und die Nähe vor, die Konvergenz war bis zur Nase mit Nahmiosis auslösbar und die Motilität frei. Das Stereosehen war reduziert, der Lang-Stereotest I-R wurde nicht erkannt. Der Lichtschweiftest nach Bagolini war in der Ferne und Nähe positiv ohne Einstellbewegung. Es waren während der ganzen Untersuchung keine Doppelbilder auslösbar. In

der Untersuchung der subjektiven visuellen Vertikalen gab der Patient keine Verkippung an. Ohne Korrektur wurde in der Ferne ein Visus von 1,25 (Zahlenreihe) und in der Nähe 1,25 (Birkhäuser-Nahlesetafel) erreicht.

Zum Ende der Untersuchung trat monokular am rechten Auge ein rotatorischer Nystagmus nach innen in unterschiedlichem Ausmaß auf, im Geradeausblick mit geringer Amplitude und mittlerer Frequenz. Im Abblick nahmen die Amplitude und Frequenz des Nystagmus deutlich zu, am ausgeprägtesten sah man ihn im Abblick nach rechts. Weder in Konvergenz noch bei Rechts- oder Linksneigung nahm der Nystagmus zu, er konnte durch den Patienten provoziert werden, indem er den Abblick einnahm.

Ophthalmologischer Befund

Die Pupillenreaktion war regelrecht, ein relativer afferenter Pupillendefekt (RAPD) bestand nicht. Die vorderen Augenabschnitte waren reizfrei. Der Fundus war beidseits regelrecht, der rotatorische Nystagmus war an der Spaltlampe – wie im Notdienst – gut sichtbar. Beidseits lag der Intraokulardruck mit 20 mmHg im Normbereich.

Weitere Diagnostik

Um den Nystagmus besser beurteilen zu können, wurde versucht, mit der Frenzelbrille das Erscheinungsbild aufzuzeichnen. Hierbei war der Nystagmus jedoch kaum zu provozieren. Die optische Kohärenztomografie ergab beidseits einen regelrechten Befund.

Neurologische und HNO-Untersuchung

In der Magnetresonanztomografie des Schädels ist bei dem Patienten ein Kontakt der A. cerebri posterior zum Nervus trochlearis nicht nachweisbar, aufgrund der örtlichen Nähe aber nicht sicher auszuschließen. Die neurologische Untersuchung ergab keine Anzeichen für eine Myasthenia gravis, die HNO-Untersuchung schloss einen Lagerungsschwindel aus.

Diagnose

Bei dem Patienten lag eine Musculus-obliquus-superior-Myokymie vor. Diese wird vermutlich durch ein neurovaskuläres Kompressionssyndrom ausgelöst. Hierbei weisen nur einzelne Fasern des N. trochlearis unkontrolliert Aktivität auf. Typisches Symptom ist hierbei der episodische Mikrotremor, der vertikal und rotatorisch vorliegen kann, einhergehend damit liegen Oszillopsien und diffuses Verschwommensehen vor. Die feinen Bewegungen lassen sich am besten vergrößert an der Spaltlampe oder mit einer Frenzelbrille beurteilen. Hierzu lässt man den Patienten den Abblick einnehmen und danach in der Primärposition/Geradeausblick erneut fixieren. Der Mikrotremor kann im Abblick manchmal trotz Vergrößerung nur schwer erkannt werden weil im Abblick, in der Hauptzugrichtung des Muskels die richtig innervierten Anteile überwiegen. Anschließend in der Primärposition sind die normal innervierten N. trochlearis Fasern nun nicht mehr aktiv, die einzelnen unkon-

■ S. BRAUWEILER: HANDELT ES SICH HIER UM ...?

trollierten N. trochlearis Fasern jedoch schon. Daher ist das Ausmaß des Zitterns oft eindeutiger im Geradeausblick zu beurteilen. Die Musculus-obliquus-superior-Myokymie ist ein sehr seltenes Krankheitsbild und tritt in manchen Fällen gemeinsam mit einer Trochlearisparese auf.

Therapie

Zunächst klärten wir den Patienten ausführlich über das Krankheitsbild auf. Das Informieren über das Krankheitsbild besonders mit Betonung des Wirkungsbereichs und der Benignität ist hierbei wichtig. Bei störenden Oszillipsien im Abblick verschrieben wir eine Mattfolie auf einer Planbrille. Wir gaben dem Patienten zusätzlich eine Augenklappe mit. Die Hilfsmittel würde er im Alltag beispielsweise beim Lesen nutzen, wenn er den Abblick einnimmt. Wir empfahlen dem Patienten auch – soweit möglich – Stress im Alltag und bei der Arbeit zu reduzieren. Grundsätzlich kann man Patienten folgende

Empfehlung geben: Wenn beim Lesen im Abblick die Myokymie ausgelöst wird, kann der Patient – statt im Abblick zu lesen – einfach den Kopf senken. Eine einfache, aber wirksame Lösung.

Bei ausgeprägtem Erscheinungsbild und hohem Leidensdruck kann die Erkrankung medikamentös mit Anitpileptika oder Botulinumtoxin oder operativ durch eine Augenmuskeloperation im Sinne einer Gegenparese oder neurochirurgisch therapiert werden. Da bei zunehmendem Stress eine Symptomzunahme beschrieben wurde, ist es wichtig, die Patienten auf diesen verstärkenden Faktor hinzuweisen.

Wiedervorstellung

Nach einigen Wochen stellte sich der Patient zur Befundbesprechung der Konsile intern vor. Zu diesem Zeitpunkt war er subjektiv beschwerdefrei und orthoptisch unauffällig. Wir besprachen eine Wiedervorstellung bei Zunahmen der Beschwerden wie beispielsweise dauerhafter Diplo-

pie und Schwindel. Um eine Myasthenia gravis sicher ausschließen zu können, wurden bereits die Antikörperwerte des Patienten im Blut bestimmt. Diese erschienen zunächst im Normalbereich.

Literatur

1. Kommerell G, Lagrèze W (2020) Obliquus-superior-Myokymie. In: Strabismus, 5.vollständig überarbeitete Auflage (Hrsg.: Steffen H, Kaufmann H). Georg Thieme Verlag, Stuttgart
2. Herzau V, Körner F, Kommerell G, Friedel B (1978) Obliquus superior-Myokymie: Eine klinische und elektromyographische Studie. In: Augenbewegungsstörungen / Disorders of Ocular Motility. Symposien der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (Hrsg.: Kommerell G, J.F. Bergmann-Verlag, Wiesbaden; https://doi.org/10.1007/978-3-642-48446-9_10)
3. Schnitzler EG, Gusek-Schneider GC, Lang CJG (2003) Myokymie des Musculus obliquus superior und kryptogene Epilepsie. Klin Monatsbl Augenheilkd 220: 54–56



Korrespondenzadresse:

Sonja Brauweiler
c/o Praxis Dr. J. Fischer
Weidenallee 1
20357 Hamburg
sonja-brauweiler@web.de



PIRATOPLAST® PRAXISTIPPS: Tragebuch von Piratoplast

In der Rubrik „Piratoplast® Praxistipps“ möchten wir Ihnen wertvolle Anregungen für Ihren Praxisalltag geben. In dieser Ausgabe präsentieren wir Ihnen das neue Piratoplast **Tragebuch**, das speziell für Kinder entwickelt wurde, die eine Okklusionstherapie durchlaufen. Das liebevoll gestaltete Buch soll die jungen Patienten motivieren und ihre Fortschritte dokumentieren. Das Tragebuch begleitet die Kinder Woche für

Woche mit kleinen Aufgaben und Fragen wie: „Welches war dein Lieblingsmotiv in dieser Woche?“. So macht es die Therapie für die Kinder nicht nur spannender, sondern fördert zeitgleich ihre aktive Mitarbeit.

Weitere Unterstützungsmaterialien können Sie jederzeit unter [www.piratoplast.de/ augenpflaster-muster](http://www.piratoplast.de/augenpflaster-muster) bestellen.



Die ungelöste Frage: Stellenwert der kranialen Magnetresonanztomografie bei akut erworbener konvergenter Esotropie

Maria Merckenschlager, Katrin Obst

Die 2024 in dem Journal „Children“ veröffentlichte Arbeit der Abteilung Neuropädiatrie und der Klinik für Augenheilkunde der Universität Leipzig stellt eine Studie vor, welche die Rolle der kranialen Magnetresonanztomografie (MRT) bei Kindern mit akut erworbener konvergenter Esotropie („Acute Acquired Concomitant Esotropia“, AACE) untersucht. Das Ziel dieser Arbeit ist es, Empfehlungen für die klinische Praxis zu formulieren. Im folgenden Artikel stellen wir eine gekürzte Fassung dieser Arbeit mit einer Schlussfolgerung vor.

Einleitung

Der kindliche Strabismus tritt insbesondere bei Kleinkindern häufig auf. AACE ist definiert als plötzlich auftretender konvergenter Strabismus mit Diplopie [1]. Kinder mit AACE weisen einen konkomitanten Schielwinkel auf, der von der frühkindlichen oder akkommodativen Esotropie unterschieden werden muss [2]. Da die spontane Heilung von AACE die Ausnahme ist, sind in der Regel Therapien wie Prismen oder Schieloperationen notwendig [2–4]. Die Literatur unterscheidet als Subtypen dieser Störung

- AACE nach monokularer Okklusion beispielsweise bei vorbestehender Esophorie,
- eine idiopathische Form mit geringgradiger Hyperopie und
- eine typisch progrediente Form mit moderater Myopie und Esotropie, die in der Ferne ausgeprägter ist als in der Nähe [2].

Insbesondere die letzte Form (sog. Bielschowsky-Typ) könnte mit einem übermäßigen Konvergenztonus assoziiert sein, der mit Arbeiten in der Nähe erklärbar ist und vermehrt während der COVID-19-Pandemie beobachtet wurde [2, 4, 5]. Von diesen Typen zu unterscheiden ist eine weitere Untergruppe von Kindern mit AACE, die eine intrakranielle Erkrankung aufweisen. Gegenwärtig gibt es keine eindeutige klinische Leitlinie oder evidenzbasierte Entscheidungsfindung für akutes Schielen im Kindesalter [2, 6]. Einige Autoren betonen die Möglichkeit einer intrakraniellen Erkrankung als Ursache von AACE und schlagen vor, das MRT als diagnostisches Screening-Instrument einzusetzen [7, 8]. In der klinischen Praxis führt dies zu einem sehr häufigen Einsatz des MRT bei Kindern mit neu diagnostizierter AACE. Für eine qualitativ hochwertige MRT-Untersuchung bei Kleinkindern ist eine Anästhesie notwendig, die ein Risiko für die Patienten darstellt.

Methoden

Es wurden Daten von Schielpatienten aus dem Universitätsklinikum in Leipzig über 20 Jahre retrospektiv analysiert (2002–2022). Von 54 Patienten mit der ICD-10-Aufnahmediagnose Schielen (H50.0 und H50.3) wurden 21 in diese Fallserie mit folgenden Kriterien aufgenommen: Patienten mit akut einsetzender Esotropie als Hauptdiagnose, welche zu einer kranialen Untersuchung mittels bildgebendem Verfahren führte. Der klinikinterne Diagnosealgorithmus für AACE umfasste eine orthoptische Untersuchung mit Mo-

tilität und Schielwinkelmessung in Ferne/Nähe sowie in den vertikalen und seitlichen Blickrichtungen (A- und V-Symptom). Die ophthalmologische Untersuchung umfasste unter anderem die Sehschärfe, den vorderen Augenabschnitt, die Pupillenreaktion und die Funduskopie. Zusätzlich wurde bei allen Patienten eine neuropädiatrische Untersuchung inkl. MRT durchgeführt. Die Therapie der AACE bestand aus einer Hyperopiekorrektur, sofern möglich Prismenausgleich oder alternativ einer Schieloperation. Zudem wurde die Serie mit Patientenfällen aus der Literatur verglichen, um diagnostische Empfehlungen entwickeln zu können.

Ergebnisse

Die 21 Patienten waren zwischen 2 und 12 Jahre alt, das Durchschnittsalter zum Zeitpunkt der Diagnose betrug 5,5 Jahre. Mit Ausnahme eines Patienten lag bei allen ein unauffälliges kraniales MRT vor. Bei einem Patienten wurde eine parietale gliotische Narbe festgestellt, die allerdings nicht ursächlich für das Schielen war und somit keine therapeutische Konsequenz hatte. Die AACE-Gruppe wies ein isoliertes Schielen mit Doppelbildern auf und keine weiteren ophthalmologischen oder neurologischen Symptome. Aus den externen Patientenfällen konnten zusätzlich 347 Patienten herausgefiltert werden, sodass die Arbeit insgesamt 368 Patienten einschloss. Bei 6 Patienten wurde eine relevante intrakranielle Erkrankung festgestellt, darunter 1 Patient mit Medulloblastom [7]. Bei 3 dieser 6 Patienten lagen allerdings pathologische

klinische Befunde vor, welche schon für sich genommen ein kraniales MRT gerechtfertigt hätten.

Diskussion

Ziel dieser Studie war es, das Risiko einer relevanten intrakraniellen Erkrankung abzuschätzen und dadurch die Notwendigkeit einer kranialen Bildgebung bei Kindern mit akuter erworbener Esotropie zu beurteilen. Bei keinem Patienten ergab das MRT die Notwendigkeit einer akuten neuropädiatrischen oder -chirurgischen Intervention. Daher war die Schlussfolgerung, dass die routinemäßige zerebrale Bildgebung bei Patienten mit isolierter AACE als diagnostisches Screening-Instrument nicht erforderlich ist. Dies stimmt mit der Arbeit von Dotan et al. überein, die 20 Patienten in eine retrospektive Studie einschlossen. Diese Autoren empfahlen die zurückhaltende Anwendung der kranialen Bildgebung bei isoliertem Strabismus [9]. Dies passt auch zu früheren Berichten, die belegen, dass selbst bei akuter Esotropie, die nach dem 5. Lebensjahr auftritt, eine intrakranielle Erkrankung unwahrscheinlich ist [3]. Es gab auch eine Übereinstimmung mit der Arbeit von Chong et al., die argumentieren, dass isoliertes Schielen keine Indikation für ein MRT ist [6]. Gilbert et al. fassten die vorhandene Literatur zu AACE zusammen und schlugen vor, dass ein MRT nur durchgeführt werden sollte, wenn Nystagmus, Abduktionseinschränkungen oder eine Schwellung des Sehnervs vorliegen oder neurologische Symptome wie Kopfschmerzen, Schwindel, Gleichgewichtsprobleme, Schwäche oder Übelkeit auftreten [2].

Das V-Symptom wird in der Literatur als ophthalmologischer Hinweis auf eine mögliche intrakranielle Erkrankung wie beispielsweise auf einen Hirntumor beschrieben [10]. In Anbetracht solcher Einzelfälle aus der Literatur empfehlen die Autoren der hier vorgestellten Arbeit ein

kraniales MRT bereits bei Patienten mit nur subtilen neurologischen Symptomen wie Kopfschmerzen oder leichten Koordinationsdefiziten sowie einem V-Symptom. Bei der Mehrheit der Patienten sollte die gründliche ophthalmologische und neurologische Untersuchung ausreichend sein, um eine intrakranielle Erkrankung als Ursache einer AACE auszuschließen.

Schlussfolgerungen

Die hier vorgestellten Daten sprechen gegen ein MRT als routinemäßiges Screening-Verfahren bei AACE. Es ist jedoch bei zusätzlichen neurologischen oder ophthalmologischen Anomalien zu empfehlen. Bei allen anderen Patienten scheint eine engmaschige augenärztliche Nachsorge ausreichend.

Diese Aussage ist hilfreich, da die Durchführung von MRT-Untersuchungen bei Kindern enorme psychische Belastungen mit sich bringen kann, die sowohl für die Patienten als auch für deren Eltern von großer Bedeutung sind. Viele Kinder empfinden Angst oder Unbehagen durch die engen Raumverhältnisse, den hohen Geräuschpegel des MRT-Gerätes und das notwendige lange ruhige Liegen während der Untersuchung.

Außerdem ist bei Kleinkindern zusätzlich eine Anästhesie oder Sedierung notwendig, was wiederum eigene Risiken birgt. Die routinemäßige Verwendung des MRT als Screening-Instrument für AACE würde somit zu unnötigen Risiken durch die Anästhesie und auch zu unnötigen Kosten führen. Eine sehr sorgfältige neuropädiatrische wie auch ophthalmologische Untersuchung ist als geeignete Alternative anzusehen; dabei kommt insbesondere den Orthoptistinnen und Orthoptisten größte Bedeutung beim Erkennen von beispielsweise einer V-Symptomatik zu.

Originalartikel von Mittendorf L, Bernhard MK, Sterker I, Kiess W, Gburek-Augustat J, Merckenschlager A (2024) Still an unsolved question: The place of cranial magnetic resonance imaging in acute acquired concomitant esotropia. Children 11: 519; doi: 10.3390/children11050519

Literatur:

1. Clark AC, Nelson LB, Simon JW, Wagner R, Rubin SE (1989) Acute acquired comitant esotropia. *Br J Ophthalmol* 73: 636–638
2. Gilbert AL, Koo EB, Heidary G (2017) Evaluation and management of acute acquired comitant esotropia in children. *Semin Ophthalmol* 32: 8–13
3. Legmann SA, Borchert M (1997) Etiology and prognosis of acute, late-onset esotropia. *Ophthalmology* 104: 1348–1352
4. Lekskul A, Chotkajornkiat N, Wuthisiri W, Tangtammaruk P (2021) Acute acquired comitant esotropia: Etiology, clinical course, and management. *Clin Ophthalmol* 15: 1567–1572
5. Neena R, Remya S, Anantharaman G (2022) Acute acquired comitant esotropia precipitated by excessive near work during the COVID-19-induced home confinement. *Indian J Ophthalmol* 70: 1359–1364
6. Chong C, Allen N, Jarvis R, Dai S (2021) Ten-year review of neuroimaging in acute paediatric strabismus. *Clin Exp Ophthalmol* 49: 724–728
7. Cote E, Reginald YA, Wan MJ (2024) Risk of serious intracranial pathology in children presenting with acute acquired comitant esotropia. *Can J Ophthalmol* in press
8. Buch H, Vinding T (2015) Acute acquired comitant esotropia of childhood: A classification based on 48 children. *Acta Ophthalmol* 48: 568–574
9. Dotan G, Keshet Y, Qureshi HM, Friling R, Yahalom C (2020) When pediatric acute acquired comitant esotropia is not caused by a neurological disease. *J AAPOS* 24: 5.e1–5.e5
10. Jampolsky AJ (1986) Problems in strabismus management. In: *Transactions of the New Orleans Academy of Ophthalmology*. Raven Press: New York

Korrespondenzadressen:

Maria Merckenschlager
Medizinpädagogin des Fachbereichs
Anästhesie-/Operationstechnische
Assistenz Akademie für berufliche
Qualifizierung des Universitätsklinikum
Leipzig AöR Medizinische Berufsfach-
schule
Richterstraße 9–11, 04105 Leipzig
maria.merkenschlager@medizin.
uni-leipzig.de

Katrin Obst
Fachbereichsleitung Orthoptik
Akademie für berufliche Qualifizierung
des Universitätsklinikum Leipzig AöR
Medizinische Berufsfachschule
Richterstraße 9–11, 04105 Leipzig
katrin.obst@medizin.uni-leipzig.de

Herausforderungen bei der ophthalmologischen Rehabilitation okulärer Traumata

Johanna Lahne, Oliver Kolbe, Ulrike Wagner, Kathleen S. Kunert

Okuläre Traumata können zu irreversiblen Sehbeeinträchtigungen führen [16] und zu signifikanten negativen Auswirkungen auf die Lebensqualität [10] sowie auf das physische, emotionale und soziale Wohlbefinden [1]. Die Ursachen für eine reduzierte Lebensqualität können neben Depressionen oder Angststörungen [2, 12] auch eingeschränkte sozioökonomische Faktoren, wie der Zugang zu Bildung [15], die berufliche Beschäftigung und die beruflichen Chancen [11] sowie der soziale und gesellschaftliche Status sein [15].

Sehbehinderung und berufliche Teilhabe

Nach Ergebnissen des dritten Bundesteilhaberberichtes (2021) sind Menschen ohne Beeinträchtigung nach wie vor häufiger erwerbstätig (81%) als Menschen mit Beeinträchtigung (53%). Bei einer Sehbeeinträchtigung sinkt der Anteil auf ein Drittel der Menschen im erwerbsfähigen Alter [14]. Spätbehinderte sind häufiger betroffen [8]. Eine Ursache hierfür ist die stetig zunehmende Bedeutung der visuellen Informationsaufnahme in Verbindung mit Digitalisierungsprozessen der Arbeitswelt. Bereits leichtere Sehbehinderungen gefährden die soziale Position und können dazu führen, dass die Betroffenen häufiger arbeitslos, in schlecht bezahlten Berufen beschäftigt oder früher verrentet werden [4, 8]. Da Augenerkrankungen mit dem Alter korrelieren und die gesetzliche Regelaltersgrenze steigt, ist davon auszugehen, dass diese Problemlage sich in den kommenden Jahren noch weiter zuspitzen wird. Berufliche Teilhabe für sehbehinderte

und blinde Menschen ist grundsätzlich möglich. Das zeigt u. a. eine Statistik der Vermittlungsquoten von 75,8–88,9% blinder und sehbehinderter Menschen nach Absolvierung einer Erstausbildung, Umschulung oder beruflichen Weiterbildung [6]. Jedoch erreichen die beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen nur einen Bruchteil der Betroffenen. Diese Erkenntnis belegt die ORELTA-Studie [7] an vielen Stellen: So gaben die Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer beispielsweise an, dass die behandelnde Augenärztin bzw. der behandelnde Augenarzt nur bei 16,8% der Patientinnen und Patienten die Augenerkrankung (im Falle einer Sehbehinderung oder Blindheit) in Verbindung mit Auswirkungen auf das Berufsleben bespricht, obwohl sich 54,1% dieser Stichprobe starke oder sehr starke Sorgen um ihre (berufliche) Zukunft machen.

Multimodaler Therapieansatz in Masserberg

Der ophthalmologische Bereich der Rehaklinik in Masserberg umfasst 135 Betten und behandelt rund 1.400 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden im Jahr, die an verschiedenen Erkrankungen mit visuellen Einschränkungen leiden. Das dort neu entwickelte Rehabilitationskonzept orientiert sich an internationalen Beispielen, beispielsweise an dem Praxisleitfaden der American Academy of Ophthalmology für die visuelle Rehabilitation [5] und der niederländischen Richtlinie „Sehbehinderung – Überweisung und Rehabilitation“ [18].

Die Rehabilitation orientiert sich primär an der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Ge-

sundheit (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF). Dabei gelingt eine Betrachtung des Gesundheitsproblems in ständiger Wechselwirkung mit der Körperfunktion, der Teilhabe am sozialen und beruflichen Leben und der Aktivität in Abhängigkeit von Umwelt- und personenbezogenen Faktoren.

Sehbeeinträchtigungen gehen häufig mit assoziierten Beschwerden des muskuloskelettalen Systems einher, wie beispielsweise unspezifischen Beschwerden im Nacken [9]. Ursache hierfür sind beispielsweise Kopfwangshaltungen oder kompensatorische Fehlhaltungen, z. B. durch Annäherung des Kopfes an das Lesematerial, um eine Vergrößerung zu erzielen. Außerdem besteht oft eine Reduktion des Gleichgewichts [20], verbunden mit einer erhöhten Sturzneigung [3]. Dies führt in der Regel zur Abnahme der körperlichen Aktivität und somit zur Verschlechterung der körperlichen Physis [13, 17, 19]. Neben den ophthalmologischen Diagnosen werden häufig auch psychische Beeinträchtigungen wie Anpassungsstörungen oder Depressionen und Angststörungen [2, 12] während der Rehabilitation auffällig und mitbehandelt.

Multiprofessionelles Rehabilitationsteam

Primäres Ziel der Rehabilitation von Menschen im erwerbsfähigen Alter ist es, die Erwerbsfähigkeit zu erhalten oder wiederherzustellen. Dafür muss eine individuelle Beurteilung des jeweiligen quantitativen (zeitlichen) und qualitativen (positiven und negativen) Leistungsvermögens erstellt werden. Sekundär soll

damit eine Reduktion der Einschränkungen im Lebensalltag, Verbesserung der körperlichen Aktivitäten, Verbesserung der seelischen Verfassung, Motivation zur Teilhabe und Motivation zu „gesundem Verhalten und Lebensstil“ sowie eine Steigerung der Lebensqualität auch nach Entlassung erreicht werden.

Um diesen Zielen gerecht zu werden, werden die individuellen Problemstellungen, Teilhabebarrrieren und Bedürfnisse der Betroffenen zu Beginn der Rehabilitation in diversen Aufnahmeuntersuchungen durch Ophthalmologen, Optometristen und Orthoptisten, Sozialarbeiter, Psychologen bzw. Psychotherapeuten sowie Sport-, Physio- und Ergotherapeuten und das Pflegepersonal erfasst. Die sich dadurch ergebenden rehabilitativen Maßnahmen vieler verschiedener Professionen werden durch die behandelnde Ophthalmologin bzw. den behandelnden Ophthalmologen koordiniert und ggf. im Rahmen wöchentlicher Visiten angepasst.

Therapieoptionen – Schwerpunkt okuläre Traumata

Sind Auge(n) und Augenanhangsgebilde äußerlich nicht oder nur noch leicht verletzt (z. B. nach Schädel-Hirn-Trauma durch Sturz/Quetschung etc., Fremdkörperverletzung monokular) und bereits durch die Akutklinik gut behandelt, liegt der Schwerpunkt der Rehabilitationsmaßnahme meist im Erlernen und Vertiefen von Kompensationsstrategien zum besseren Umgang mit der Sehbeeinträchtigung. Im Gegensatz dazu erfordern schwerwiegende Augenoberflächenschädigungen zusätzlich ein intensives und meist langwieriges Wundmanagement (z. B. Explosionstraumata, Säureverätzung, Pfählungsverletzung, Wundheilungsstörungen). Parallel zur Ausnutzung der reizklimatischen Bedingungen Masserbergs werden intensive antientzündliche Lokaltherapien (bspw. Humanalbumintropfen) eingesetzt. Zur

Behandlung von Wundheilungsstörungen können außerdem Manuka-Honig/Medihoney oder BioBags (Goldfliegenlarven) eingesetzt werden. Neben der Therapie finden eine sozialmedizinische Leistungsbeurteilung sowie eine ausführliche medizinische Aufklärung und Besprechung der Prognose statt.

Durch eine spezifische optische Hilfsmittelerprobung (z. B. Sklerallinsen), den Einsatz kontraststeigernder Maßnahmen (z. B. Kantenfilter), Optionen der Visual-Therapie (z. B. Training der visuellen Suche oder exzentrisches Sehtraining bei binokularen Zentralskotomen) oder dem Einsatz optischer/elektronischer Hilfsmittel (z. B. Lupen, Smartphone/Apps) wird die effizientere Nutzung des Restsehvermögens gefördert.

Psychologinnen und Psychologen sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten unterstützen in Einzelgesprächen oder Gruppenarbeit bei der Krisen-, Krankheits- und Behinderungsbewältigung. Die Förderung des Tastsinns, des Gehörs sowie die Schulung des Gleichgewichts und die Wahrnehmungsschulung werden in der Ergotherapie durchgeführt. Auch arbeitsplatzbezogene Therapien werden hier umgesetzt. Dafür gibt es ein modernes Bildschirmarbeitsplatzlabor mit höhenverstellbaren Tischen, ergonomischen Mäusen, Noise-Cancelling-Kopfhörern, Monitorarmen und biodynamischer Lichtanlage.

Da eine Einschränkung der visuellen Leistungsfähigkeit häufig zur Erhöhung der Eigen- und Fremdgefährdung und zur Reduktion der Selbstständigkeit führt, werden anhand einer standardisierten bewegungstherapeutischen Bewertung die individuellen Probleme erfasst und mit Physio- und Sporttherapie, physikalischer Therapie, manueller Therapie und Osteopathie behandelt. Der Sozialdienst bietet neben Seminaren zur Förderung der Selbstkompetenz in erster Linie Beratungsgespräche rund um Fragen zum Sozialrecht, Schwerbehinderung, zu arbeitsrechtlichen Ansprüchen,

finanzieller Absicherung im Krankheitsfall und Möglichkeiten der (Re-)Integration in den Arbeitsmarkt (Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben, LTA). Rehabilitationslehrer übernehmen eine Basisschulung in Orientierung und Mobilität am Langstock. Idealerweise entsteht bereits während der Rehabilitation Kontakt zu einer wohnortnahen Reha-Fachkraft.

Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation

Ziel der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) ist es, gemeinsam Strategien für den Erhalt der beruflichen Teilhabe oder ggf. auch den beruflichen Wiedereinstieg zu erarbeiten. Dazu wird bereits in den Aufnahmeuntersuchungen auf konkrete Probleme gescreent und der Reha-Therapieplan um therapeutische Interventionen mit starkem Bezug auf die berufliche Teilhabe ergänzt. Im Verlauf wird evaluiert, wie leistungsfähig der Rehabilitand aufgrund der Funktionseinschränkung ist und wie sich Hilfsmittel entsprechend auswirken. Dabei wird auch geklärt, ob und welche Um- oder Aufschulung sinnvoll sein kann oder ob eine blindentechnische Grundrehabilitation notwendig ist. Die Umsetzung der daraus resultierenden konkreten Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben obliegt den Trägern der beruflichen Rehabilitation.

Zugang zur Rehabilitation

Grundsätzlich gibt es mit der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV), der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der gesetzlichen Unfallversicherung (GUV) drei primäre Leistungsträger, welche die Kosten einer medizinischen Rehabilitation übernehmen. Ist der Betroffene erwerbstätig bzw. im erwerbstätigen Alter, geht der Antrag auf Rehabilitation zu Lasten der GRV. Nach Arbeits- oder Berufsunfällen ist die GUV zuständig. Im Falle des Bezugs einer Altersrente oder

einer Erwerbsminderungsrente ist die GKV als Leistungsträger für die medizinische Rehabilitation verantwortlich. Ist der Betroffene nicht sozialversicherungspflichtig (das betrifft bspw. Beamte, Teile der Selbstständigen etc.) und zahlt nicht freiwillig in die gesetzliche Rentenversicherung ein, werden die Kosten (jedoch oft nur anteilig) durch die berufsständische Versorgungseinrichtung (z. B. Ärzteversorgung/Versorgungswerk) bzw. den Dienstherrn (bei Beamten) übernommen. In der privaten Krankenversicherung besteht grundsätzlich keine Leistungspflicht für Reha-Maßnahmen. Diese müssen daher vertraglich gesondert vereinbart werden. Unter bestimmten Voraussetzungen, z. B. wenn kein anderer Kostenträger zuständig ist, kann auch die Eingliederungshilfe nachrangig Leistungsträger einer medizinischen Rehabilitation sein. Von Vorteil ist, dass der Antrag auf Rehabilitation automatisch immer beim zuständigen Kostenträger landet, auch wenn dieser primär falsch adressiert ist. Rechtlicher Hintergrund ist das Zuständigkeitsklärungsverfahren nach §14 des SGB IX, dass den Rehabilitationsträger, bei dem ein Antrag auf Teilhabeleistungen eingegangen ist, verpflichtet, innerhalb von 2 Wochen zu prüfen, ob er nach seinem Leistungsgesetz für die beantragte Leistung zuständig ist und im Falle der „Nichtzuständigkeit“ an die zuständige Stelle weiterzuleiten.

Antragsstellung gesetzliche Unfallversicherung

Eine Beantragung der Reha-Maßnahme bei der GUV ist nicht notwendig. Die GUV wird durch Unfall- bzw. Berufskrankheitsanzeigen sowie aufgrund von Arztberichten von selbst tätig. Sicher kann es

von Vorteil sein, die ophthalmologische Rehabilitation in einem ärztlichen Gutachten oder dem Entlassungsbrief aus dem Akutkrankenhaus vorzuschlagen.

Antragsstellung gesetzliche Rentenversicherung

Bei der Beantragung einer Rehabilitationsmaßnahme bei der GRV wird zwischen einer Anschlussheilbehandlung (AHB) und einem Heilverfahren unterschieden. Auf eine AHB besteht ein gesetzlicher Rehabilitationsanspruch. Sie schließt sich innerhalb von 14 Tagen (maximal 6 Wochen) an die Akutversorgung an und wird vom Sozialdienst des Akutkrankenhauses eingeleitet. Eine AHB kann nur bei zugelassenen ICD beantragt werden. Dies betrifft aktuell in der Ophthalmologie nur das Aderhautmelanom. Perspektivisch sind jedoch mehr ICD denkbar, so auch nach okulären Traumata (z. B. Weiterversorgung nach Verätzungen). Bei der Beantragung eines Heilverfahrens liegt die Bewilligung im Ermessen des Kostenträgers. Besonders wichtig ist, dass die Augendiagnose als Erstdiagnose angeführt wird und dass im Antrag Informationen zu den Einschränkungen der beruflichen Teilhabe formuliert werden. Der Antrag muss durch die Rehabilitandin bzw. den Rehabilitanden selbst gestellt werden, das geht heutzutage glücklicherweise auch online.

Ärztlicherseits kann die Beantragung der Rehabilitationsmaßnahme durch die Erstellung eines ärztlichen Befundberichtes unterstützt werden. Hier sollte idealerweise der „Befundbericht der deutschen Rentenversicherung“ (Formular S0051) vollständig ausgefüllt und ausgehändigt werden. Die Erstellung des Berichtes kann mit der „Honorarabrech-

nung für die Deutsche Rentenversicherung“ (Formular S0050) mit 36,26 Euro bei der Rentenversicherung abgerechnet werden.

Antragsstellung gesetzliche Krankenversicherung

Für ein Heilverfahren bei der GKV müssen die Teile B bis E des Verordnungsformulars Muster 61 (ggf. zusätzlich Teil A, bei Unsicherheiten über Zuständigkeit des Rehabilitationsträgers) durch die behandelnde Ärztin bzw. den behandelnden Arzt ausgefüllt werden. Die Verordnung von medizinischer Rehabilitation kann über die EBM 01611 mit 37,59 Euro abgerechnet werden.

Fazit und Chancen

Neben anderen Augenerkrankungen stellen okuläre Traumata oft einen krisenhaften biografischen Bruch dar, mit meist negativen Auswirkungen auf alle Teilbereiche des Lebens. Durch eine Rehabilitationsmaßnahme gelingt es, Betroffene aufzufangen, multimodal zu betreuen und eine Perspektive aufzuzeigen. Der Verweis auf die Möglichkeiten der Rehabilitation in der ambulanten Praxis kann als Basis dienen, die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten langfristig sicherzustellen.

Literatur bei den Autoren



Korrespondenzadresse:

Johanna Lahne
Rehaklinik
Masserberg gGmbH
Hauptstraße 18

98666 Masserberg
Johanna.Lahne@henneberg-kliniken.de

Blick für Kids – Augenvorsorge für die Jüngsten

Das Projekt *Blick für Kids* (BFK) wurde ins Leben gerufen, um Sehschwächen bei Kindern frühzeitig zu erkennen. Viele Kinder zeigen im Alltag keine Symptome, obwohl Sehprobleme ihre Entwicklung beeinträchtigen können. Rund ein Drittel der Kindergartenkinder in Deutschland nimmt nicht regelmäßig an Vorsorgeuntersuchungen teil – besonders betroffen sind Kinder aus sozial benachteiligten Familien oder mit Migrationshintergrund. Sprachbarrieren, fehlende Aufklärung oder Kapazitätsengpässe bei den Ärzten erschweren den Zugang. Die Bedeutung des Sehens für die kindliche Entwicklung ist immens: Rund 60% der frühkindlichen Entwicklung erfolgen



über das Sehen. Unentdeckte Sehschwächen können daher erhebliche Auswirkungen auf den weiteren Lebensweg haben, sei es in der Schule, im Sport oder im sozialen Umfeld. Da betroffene Kinder sich ihres eingeschränkten Sehvermögens oft nicht bewusst sind und Augenerkrankungen häufig symptomlos verlaufen, ist eine frühzeitige Diagnose entscheidend.

Das Pilotprojekt *Blick für Kids*, welches von der Blinden- und Sehbehindertenstiftung Niedersachsen in Zusammenarbeit mit der Universitätsklinik Göttingen initiiert wurde, setzt genau hier an: Mit mobilen Seh screenings, die direkt in Kitas stattfinden, werden Kinder dort erreicht, wo sie ihren Alltag verbringen. Unter der Leitung von Prof. Dr. med. Michael Schittkowski werden die Untersuchungen von Orthoptistinnen durchgeführt, im Vorfeld aber bereiten die pädagogischen Fachkräfte der Kitas die Kinder mit Projekten rund um die Themen Sehen, Sinne und Augen auf die Untersuchungen vor.

Als Unterstützer von *Blick für Kids* tragen wir dazu bei, dieses wichtige Projekt voranzutreiben – mit finanzieller Unterstützung, Materialien wie Augenpflastern und unserem Know-how.



Wir freuen uns besonders, bald unser eigenes Screening-Projekt *Sehbär* starten zu können. Neben unserer Orthoptistin Cornelia Minde engagiert sich eine weitere Orthoptistin, ein Augenarzt, sowie die Kita Mitarbeiter im Sinne der Kinder und Eltern. Mit seinem Engagement und seiner Leidenschaft wird das Team dafür sorgen, dass auch unser Screening ein voller Erfolg wird und möglichst viele Kinder von diesem Angebot profitieren können. Die Vorbereitungen laufen, und wir sind stolz, gemeinsam einen klaren Blick in die Zukunft der Kinder zu ermöglichen.

Lösung „Ortho-Quiz“ von Seite 6:

Die Kreuzfixation ist eine Sonderform des Strabismus alternans und kann auch als Symptom des frühkindlichen Schielsyndroms auftreten. Als Kreuzfixation wird ein großwinkliges Innenschielen mit bevorzugter Fixation in Adduktion beschrieben. Objekte im linken Blickfeld werden mit dem rechten Auge fixiert und Objekte im rechten Gesichtsfeld mit

dem linken Auge. Hierbei ist das Alternieren, das heißt der Wechsel der Fixation der Augen, nicht mit einer Einstellbewegung des die Fixation aufnehmenden Auges verbunden, sondern mit einer Kopfdrehung. Dementsprechend ist bei Fixation eines geradeaus vor dem Patienten befindlichen Objektes der Kopf nach rechts oder nach links gedreht.

13. Strabologietage in Heidelberg

Vom 7. bis 9. November 2024 fanden unter Leitung und Organisation von PD Dr. Christina Beisse und ihrem engagierten Team die 13. Strabologietage in Heidelberg statt – eine Veranstaltung, die sich seit ihrer Einführung im Jahr 2011 zu einer festen Institution in der ophthalmologischen Fortbildungslandschaft entwickelt hat. Mehr als 200 Teilnehmer, rund 100 in Präsenz und die anderen digital zugeschaltet, nutzten die Gelegenheit, ihr Wissen in der Strabologie zu vertiefen oder aufzufrischen.

Heterophorie und Differentialdiagnose

Die Heterophorie, das latente Schielen, ist mit 85% in der Bevölkerung weit verbreitet. Da von diesen zirka 5% Beschwerden haben, ist die Diagnose und Therapie der Heterophorie von Bedeutung, auch wenn sie oft zu wenig beachtet wird. Heterophorie bedeutet, dass die Unterbrechung des beidäugigen Sehens zu einer Stellungsabweichung der Augen zueinander führt, meist in horizontaler Richtung. Bei Freigabe beider Augen wird die vorherige Augenstellung über fusionale Impulse wieder eingenommen. Dabei ist die Motilität frei und in der Regel die Fähigkeit zum vollwertigen Stereosehen gegeben. In der kompensierten Situation besteht Orthostellung.

Aufdecktest ergibt fusional kompensierbare, latente Abweichungen

Es kann allerdings auch ein Mikrostrabismus als Grundstellung vorliegen und zusätzlich eine Heterophorie („latente Komponente des Mikrostrabismus“). Die Kompensation der Heterophorie erfolgt

im Wesentlichen über die Fusion. Diese kann eindrucksvoll im Aufdecktest gesehen werden: Wird das Auge freigegeben, entsteht eine Einstellbewegung, die die Augenfehlstellung wieder ausgleicht. Oft sind einige Sekunden oder mehr an Okklusion vonnöten, um dies zu sehen. Dabei kann auch die Akkommodation beansprucht werden bzw. umgekehrt eine erforderliche Akkommodation eine Stellungsabweichung hervorrufen.

Merke! Der alternierende Covertest lässt die Summe aller manifesten und latenten Augenstellungsabweichungen erkennen, der Aufdecktest die fusional kompensierbaren, latenten Abweichungen.

Asthenopische Beschwerden

Eine Dekompensation führt zu Doppelbildern oder asthenopischen Beschwerden. Diese sind typischerweise morgens noch nicht vorhanden, sind unspezifisch und nehmen mit visueller Belastung zu. Sie werden durch ein Druckgefühl in den Augen, der Orbita und der Stirn beschrieben.

Differentialdiagnose

Differentialdiagnostisch helfen wie so oft die Anamnese und eine exakte Untersuchung vor allem der Motilität, die immer beidseits monokular geprüft wird. Eine Heterophorie entsteht nicht plötzlich, kann aber plötzlich bemerkt werden oder Auslöser haben wie allgemeine Erkrankungen, die die Dekompensation bahnen. Augenmuskellähmungen, vor allem die Abduzensparese, sind durch Motilitäts-einschränkung (hier dann ein Abduktionsdefizit) erkennbar beziehungsweise durch unterschiedliche Schielwinkel in ver-

schiedenen Blickrichtungen (hier dann im Seitblick) erkennbar.

Des Weiteren muss man an mechanische Einschränkungen denken, an erster Stelle die endokrine Orbitopathie (vergrößerte Lidspalte, Oberlidretraktion, Schilddrüsenanamnese), bei hoher Myopie an beginnende Muskeldepositionen, bei älteren Patienten an den (involutiven) Strabismus im Senium. Hier treten langsam Doppelbilder auf mit nur anfänglich kompensierbarer Fernesotropie und mit symmetrischer und leicht verminderter Abduktionsfähigkeit bei normalen Abduktionssakkaden.

Therapie

Die Therapie ist abhängig von der Beschwerdeintensität. Sie reicht von Zuwarten und Kontrollieren über Aktualisieren der Refraktionskorrektur und der Anpassung einer Prismenbrille bis hin zur Schieloperation.

Bei richtiger Indikationsstellung ist eine Prismenbrille oft sehr hilfreich, ein „Hochtreiben“ in einen vorher nicht vorhandenen Schielwinkel ist nicht zu erwarten. Dabei sollte das kleinste Prisma ordiniert werden, welches Beschwerdefreiheit bringt. Ab etwa 7° erforderlicher Korrektur und stabilen Verhältnissen ist eine Schieloperation indiziert, oft mit einer kleinen kombinierten Operation an den Horizontalmotoren. Zuvor wird im Trageversuch der maximale Schielwinkel in Ferne und Nähe bestimmt und bei Stabilität und Doppelbildfreiheit korrigiert. Der Patient muss wissen, dass das Risiko für eine organische Verschlechterung bei einer Schieloperation zu vernachlässigen ist. Das Risiko besteht darin, dass eine Winkelkonstanz nie vorhergesagt werden kann.

Ernst Höfling

BOD: Jutta Johnke und Maria Lüdtké neu in den Vorstand gewählt



Jutta Johnke



Maria Lüdtké

Die Orthoptistinnen Jutta Johnke und Maria Lüdtké wurden am 22. November 2024 in Köln während der Mitgliederversammlung des Berufsverbandes Orthoptik Deutschland e. V. neu in den Vorstand gewählt.

Die neue Beisitzerin J. Johnke ist seit 14 Jahren Mitglied im BOD und seit 12 Jahren als Orthoptistin tätig. Zu ihrer Motivation an der neuen Tätigkeit im Verband äußerte sich die 40-Jährige: „Ich bin im BOD, weil wir nur zusammen ein starkes Team sind.“ Ebenfalls als Beisitzerin gewählt wurde die 41-jährige Orthoptistin M. Lüdtké, die bereits seit 21 Jahren in der Orthoptik tätig ist und seit 9 Jahren Mitglied im BOD ist. Anlässlich ihrer Wahl erklärte sie: „Ich bin Mitglied im BOD, weil wir nur gemeinsam etwas bewegen können. Oft entwickelt man selbst dabei auch ganz neue Fähigkeiten und Stärken.“

Neue Schule für Orthoptik in Berlin

Am Bildungscampus für Gesundheitsberufe gGmbH in Berlin-Reinickendorf wurde eine neue Schule für Orthoptik eingerichtet. Die Trägerschaft haben die Charité und der lokale Krankenhausbetreiber Vivantes übernommen. Ziel dieser von Prof. Dr. med. Antonia Jousen, Direktorin der Augenklinik der Charité, initiierten Schule für Orthoptik ist es, die strabologische Patientenversorgung zu verbessern, die vorhandenen Sehschulen zu entlasten und den Beruf der Orthoptik weiterzuentwickeln. Der erste Ausbildungsgang wird am 1. April 2025 beginnen. Die Bewerbungsfrist ist allerdings am 31. Januar 2025 abgelaufen. Die Ausbildung dauert drei

Jahre. Voraussetzung ist mindestens ein mittlerer Schulabschluss. Die Ausbildung beinhaltet mindestens 1.700 Stunden theoretischen und praktischen Unterrichts in der Schule für Orthoptik im Bildungscampus für Gesundheitsberufe und 2.800 Stunden praktische Ausbildung, die in verschiedenen Einsatzbereichen der Charité und in niedergelassenen Sehschulen erfolgen soll. Die offizielle Schulleitung wird erst mit Beginn des Schulbetriebs im April festgelegt, die Gründung wird aktuell von Rebecca Decker und Melanie Werner durchgeführt (www.bildungscampus-berlin.de/ausbildung/orthoptistin).

Termine

8.3.2025 Köln

36. Maternushaus Jahrestagung des Zentrums für Augenheilkunde der Universitätsklinik Köln
www.congresse.de

14.-15.3.2025 Tübingen

109. Jahrestagung der Baden-Württembergischen Augenärztlichen Vereinigung
www.medizin.uni-tuebingen.de/de/das-klinikum/einrichtungen/kliniken/augenklinik/fort-und-weiterbildung/bwav

19.-22.3.2025 Düsseldorf

Augenärztliche Akademie Deutschland AAD
<https://aad-kongress.de/>

28.-29.3.2025 Lübeck

44. Jahrestagung des Deutschen Komitees zur Verhütung von Blindheit
www.dkvb.org/aktuelles

23.-25.5.2025 Frankfurt/Main

Tagung der Gesellschaft für Strabologie, Neuroophthalmologie und Kinderophthalmologie
www.gsnk.org

29.-31.5.2025 Schladming

65. Tagung der Österreichischen ophthalmologischen Gesellschaft (mit CSA-Schielsymposium)
<https://www.augen-events.at/augenaerztekongress/>

1.-7.6.2025 Schladming

48. Strabologische Seminarwoche
ssw.anselstetter@gmx.de

20.-21.6.2025 Rostock

74. Tagung der Vereinigung Norddeutscher Augenärzte
<https://norddeutsche-augenaerzte.de/de/>

Alle Ausgaben mit Themensuche unter:
www.piratoplast.de/dieorthoptistin