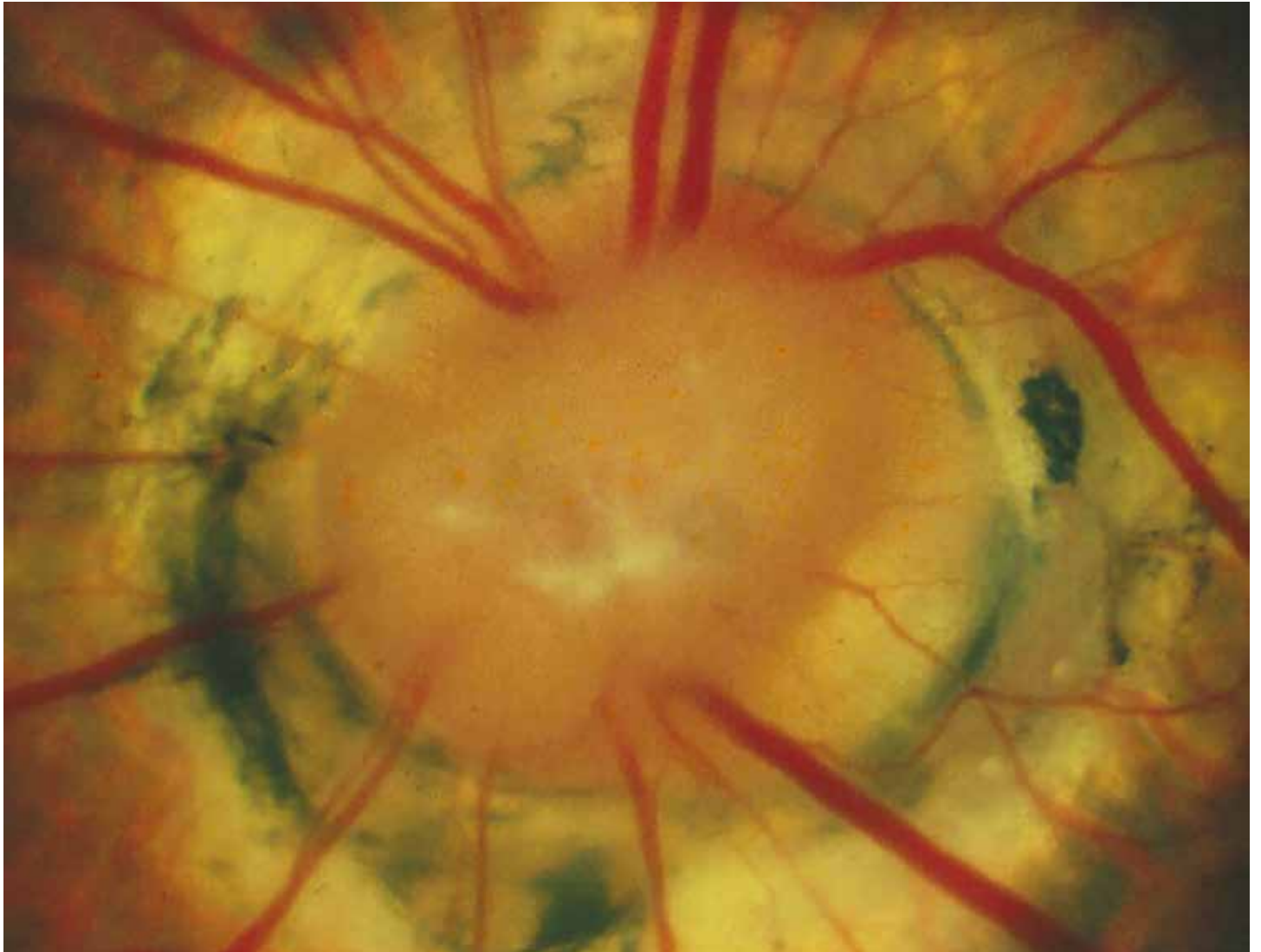


DIE ORTHOPTISTIN

MÄRZ 2017 | 6. Jahrgang | Heft 1



THEMA:

Kleine
Papillenkunde

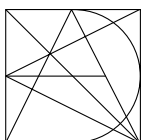
BERICHT:

Kinder mit Seh-
problemen haben
gehäuft ADHS

INTERVIEW:

Orthoptistin
in den Niederlanden

Eine Publikation
des Kaden Verlags



KADEN

Piratoplast® Augenpflaster-App: Neue Vorteile für Orthoptistinnen

Mit zahlreichen neuen Funktionen erweitert Piratoplast® die Augenpflaster-App, die speziell zur **Unterstützung der Okklusionstherapie** entwickelt wurde. Die App dient als Belohnung nach dem Pflastertragen sowie zur kindgerechten Beschäftigung während der Therapie.



Orthoptistinnen können ab sofort **Unterstützungsmaterial** bequem über die App anfordern. Diese Neuerung resultiert aus den Rückmeldungen, die über die Feedbackoption der App eingegangen sind. Durch den **kontinuierlichen Austausch** und **direkten Kontakt** versucht Piratoplast®, auf **Wünsche und Bedürfnisse der Orthoptistinnen** und der kleinen Patienten einzugehen.

In einem separaten Infobereich kann der Therapieverlauf anhand der angegebenen Pflastertragezeiten dokumentiert werden. Neu ist, dass **Pflaster auch nachträglich** in das

digitale Sammelalbum eingetragen werden können. Wird das Dokumentieren des Pflasters einmal vergessen, so ist es nun kein Problem mehr, das Pflaster zu einem späteren Zeitpunkt hinzuzufügen.

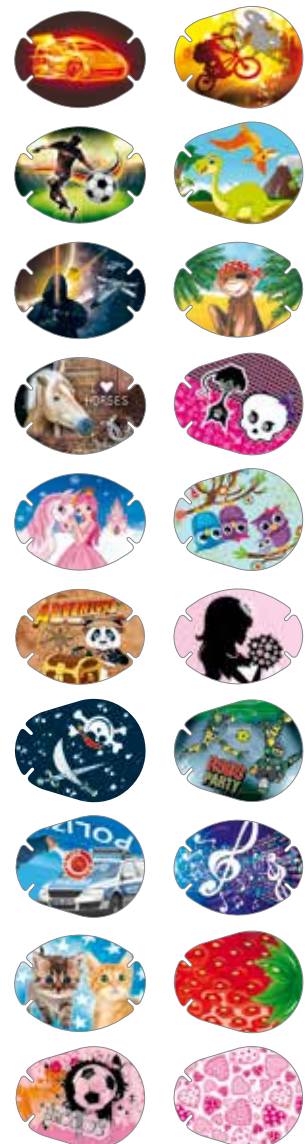
Des Weiteren verlinkt die App direkt zum **Prismenrechner** auf der Piratoplast®-Website. Der Prismenrechner hilft Orthoptistinnen, schnell und einfach horizontale und vertikale Prismen zu verrechnen.



Kinder dürfen sich auf den neuen Spielabschnitt „**Hafen**“ freuen, der u.a. ein neues Memory-Spiel für sie bereithält. Wie immer mit dem Ziel, Kinder dabei zu unterstützen, das Pflastertragen zu akzeptieren und mit Spaß bei der Sache zu bleiben. Die App steht zum **kostenlosen Download** im **App Store** sowie bei **Google Play** bereit. Weitere Informationen zur Augenpflaster-App erhalten Sie unter:

www.augenpflaster-app.de

Piratoplast® MIX-Designs 2016/2017



Piratoplast® • Dr. Ausbüttel & Co. GmbH
Herdecker Straße 9-15 • 58453 Witten
Tel.: 0 23 02/9 56 66-21 • Fax 0 23 02/9 56 66-29

E-Mail: info@piratoplast.de • www.piratoplast.de
 www.facebook.com/piratoplast.augenpflaster

PIRATOPLAST®
Sanft zur Kinderhaut



Sprechstunde: Mit oder ohne weißem Kittel?



Dr. med.
Reinhard Kaden

Liebe Leserinnen
und liebe Leser,

der Klinikkonzern Asklepios hat vor einiger Zeit in allen seinen bundesweit rund 100 medizinischen Einrichtungen den traditionellen Arztkittel abgeschafft. Stattdessen werden die 4000 dort beschäftigten Ärzte mit einer Kurzarmbekleidung ausgestattet. Anlass dafür sei – so hieß es in einer Pressemitteilung des Konzerns – eine Empfehlung von Experten des Robert Koch-Instituts und der Weltgesundheitsorganisation, die in mehreren Studien nachgewiesen hätten, dass auf langärmeligen Kitteln häufiger Krankheitserreger festgestellt würden. Bei einer Recherche in den Publikationen des Robert Koch-Instituts sucht man die von Asklepios genannte Empfehlung allerdings vergebens. Auch in der Datenbank PubMed der „National Library of Medicine“ des „National Institutes of Health“ der USA findet sich keine solide Grundlage für die Kittelärmel-Verfehlung. Meist wird in diesem Zusammenhang eine Studie aus Jerusalem [1] zitiert, bei der mit Blut-Agar-Platten bei Ärzten an den Kitteln und bei Schwestern an deren Uniform Abklatschproben abgenommen wurden. Dabei zeigte sich, dass sich bei 65% der Schwestern und bei 60% der Ärzte potentiell pathogene Keime auf der Kleidung befanden. Die Kleidung von Schwestern war aber stärker als die

der Ärzte mit multiresistenten Keimen befallen (14 vs. 6%). Am stärksten verkeimt waren die Taschen und weniger die Bauchregion und die Enden der Kittelärmel (17 vs. 8% und 10%). Gegen die Kittelärmel-Verfehlung spricht auch eine Studie [2] aus dem „Hillington Hospital“ in London. Dabei wurde der Keimbefall an den Händen von 49 kurzbeärmelten Ärzten mit den von 43 Ärzten verglichen, die einen langärmeligen Kittel trugen. Es ergab sich kein statistisch relevanter Unterschied. Die Lösung muss anderswo gesucht werden – in der persönlichen Händehygiene und in häufigerem Wäschewechsel. Für die Orthoptistin ist der weiße Kittel als Schutzkleidung entbehrlich. Das gilt auch für seine Funktion als Statussymbol: Die Orthoptistin empfängt ihre kleinen und großen Patienten im eigenen Sprechzimmer und stellt sich persönlich vor. So gesehen ist ihr Status geklärt und damit stellt sich die Frage, ob sie den weißen Kittel dann überhaupt braucht. Ohne Kittel zu arbeiten hat ja durchaus auch seine Vorteile und das nicht nur im Sommer: Ich habe während der Kindersprechstunde nie einen Kittel getragen – mit dem Ergebnis, dass Kinder nach der Untersuchung oft, als ich das Zimmer wieder verlies, ihre Mutter gefragt haben: „Wann kommt denn jetzt der Augenarzt?“ Wie sehen Sie die Frage „Kittel oder nicht?“. Ich bin auf Ihre Antwort gespannt! Schreiben Sie mir an kaden@kaden-verlag.de

Ihr
Dr. Reinhard Kaden, Verleger

THEMA

50 Jahre Andheri-Hilfe **5**

Kleine Papillenkunde – Teil 2
R. Kaden **11**

INTERVIEW

Orthoptistin in den Niederlanden
– wie geht das?
Nachgefragt bei M. Telleman **13**

BERICHT

Optikusatrophie bei Kindern:
Spektrum der Ursachen
wandelt sich **4**

Auf dem Rücken liegend lesen
– geringere Myopieprogression **6**

Bimatoprost gegen
Hypotrichose bei Kindern **6**

Auffällige Augenbefunde
bei Kindern mit Zöliakie **7**

Kinder mit Sehproblemen
haben gehäuft ADHS **8**

Diplopie unter Glaukomtherapie **10**

AKTUELLES

Daniela Lemm neue
1. Vorsitzende des BOD **9**

Cüppers-Preis 2016
für Elke van Alen **9**

Wissenschaftspreis 2016
für Claudia Frenzel **9**

NACHRICHTEN

Neue Leitung des Bachelor-
studiengangs Orthoptik in Salzburg **7**

ORTHO-QUIZ **4**

IMPRESSUM **10**

TERMINE **16**

Optikusatrophie bei Kindern: Spektrum der Ursachen wandelt sich

Die blasse Sehnervenscheibe während der ophthalmoskopischen Untersuchung bei ansonsten manchmal wenig auffälligem Augenbefund ist das klinische Zeichen einer Optikusatrophie, die mit dem Absterben von retinalen Ganglienzellen einhergeht und sich in einer meist ausgeprägten Sehbehinderung bemerkbar macht. Die Ursachen einer Optikusatrophie im Kindesalter sind vielfältig. In einer Studie aus Australien wurden in dreieinhalb Jahrzehnten 241 Kinder mit Optikusatrophie erfasst und drei Zeitperioden zugeordnet: Jenen, die zwischen 1979 und 1990, zwischen 1991 und 2003 sowie ab 2004 diagnostiziert wurden. Die Kinder waren bei der Diagnosestellung der Grundkrankheit im Schnitt dreieinhalb Jahre und bei Manifestation des Augenbefundes knapp 5 Jahre alt; zwei Drittel von ihnen waren Jungen. Bei 81% der

Kinder lag eine beidseitige Optikusatrophie vor. Über den langen Zeitraum betrachtet war es zu einem Wandel der dem Sehnervenschwund zugrunde liegenden Ursachen gekommen. Insgesamt waren Tumoren – meist Gliome der Sehbahn und Kranio-pharyngeome – zwar die häufigsten Ursachen und für ein Viertel der Fälle von Optikusatrophie verantwortlich, doch zeigte sich eine rückläufige Tendenz: Von 1979 bis 1990 lagen diese Tumoren bei fast 40% der Fälle der Optikusatrophie zugrunde; in den beiden folgenden Zeitabschnitten sank ihr Anteil auf 25% (1991 bis 2003) bzw. 15% (2004 bis 2015). Der Anteil perinataler Ereignisse wie Zwischenfälle und Traumen bei komplizierten Geburten sowie Schädigungen durch Frühgeburt stieg von 3% im ersten Zeitabschnitt auf 22% im jüngsten Zeitraum an. Ein wichti-

ger Grund dafür sind die Dank der Fortschritte in der Neonatologie wesentlich besseren Überlebenschancen von Frühgeborenen mit sehr niedrigem Geburtsgewicht. Fast ähnlich ausgeprägt war die Zunahme von 3% auf 15% bei neurodegenerativen Erkrankungen wie Enzephalopathien, Arts-Syndrom, Leighs-Syndrom und neuroaxonaler Dystrophie. Die Optikusatrophie kommt selten allein: Der häufigste okuläre Nebenbefund waren Strabismus (55%) und Nystagmus (40%). Die wichtigsten Komorbiditäten außerhalb des Auges waren ein Hydrozephalus (21%), Entwicklungsstörungen (17%), Krampfleiden (17%) und Zentralparesen (14%). Bei jedem vierten Kind lag ein relativer afferenter Pupillendefekt vor. *rdg*

Zheng L et al (2016) Changing patterns in paediatric optic atrophy aetiology: 1979 to 2015. Clin Exp Ophthalmol 44: 574–581

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 ist falsch? Entscheidende Kriterien für Diagnostik und Verlaufsbeobachtung beim kongenitalen Glaukom sind

- a) Augeninnendruck
- b) Hornhautdurchmesser
- c) Hornhautdicke
- d) Papillenmorphologie
- e) Bulbuslänge

Die richtige Antwort sowie die ausführliche Erklärung hierfür finden Sie auf Seite 8.

50 Jahre Andheri-Hilfe

2017 ist ein besonderes Jahr für die Andheri-Hilfe: Der gemeinnützige Verein feiert am 6. Mai sein 50-jähriges Jubiläum. Gegründet 1967 von Rosi Gollmann unterstützt der Verein Projekt- und Programmförderungen in Indien und Bangladesch und trägt so zur sozialen und wirtschaftlichen Entwicklung bei. Im Fokus der Arbeit stehen die Themen Sozialarbeit, Bildung, das Gesundheitswesen sowie die landwirtschaftliche und dörfliche Entwicklung. Piratoplast ist langjähriger Unterstützer des Vereins und trägt mit Spendengeldern zu dessen Förderung bei.

Von der Idee zum Verein

Am 5. Mai 1967 gründet Rosi Gollmann den Verein „Andheri-Hilfe e.V.“. Zusammen mit 15 Helfern ist es zunächst das Ziel, Kinder im „St. Catherine’s Home“ in Andheri zu unterstützen. Im Gründungsjahr kann der Verein dank 449 Spender über 170000 DM zur Verfügung stellen. In den 1970er Jahren werden weitere Kinderheime gefördert, die Aktion Blindenheilung in Bangladesch startet und die Geschäftsstelle des Vereins wird in Bonn eröffnet. In den weiteren Jahren kommen immer mehr Förderungsthemen hinzu: Dorfprogramme, Frauenförderung und Behinderten-Rehabilitation in Indien. Außerdem steigern sich die Aktivitäten für Blinde in Bangladesch. Seit den 1990er Jahren werden Projekte und Programme immer intensiver auch unter Einbezug der Bevölkerung vor Ort geplant und umgesetzt. Mit-

arbeiter vor Ort in Indien und Bangladesch arbeiten eng mit den Mitarbeitern in Bonn zusammen und planen und koordinieren Programme. Mit der wachsenden Globalisierung und ihren Auswirkungen ist der Andheri-Hilfe bewusst, dass neue Herausforderungen kommen werden.



Der rote Punkt gegen Armut und Unterdrückung

Entstanden aus einer Privatinitiative und als Nichtregierungsorganisation kann der Verein mit Stolz auf sein 50-jähriges Bestehen zurückblicken. Für 2017 hat die Andheri-Hilfe einiges vor. Das Jubiläumsjahr wird begleitet von einem neuen Aussehen, neuen Engagement-Möglichkeiten und vielen Veranstaltungen. Das spezielle Erkennungszeichen der Initiative ist der rote Punkt, in Assoziation mit dem indischen Bindi oder dem Punkt in der Flagge von Bangladesch. Das Ziel der gesamten Jubiläumskampagne: Noch mehr Menschen dazu

bewegen, notleidende Menschen in Bangladesch und Indien mit einer – im besten Fall regelmäßigen – Spende zu fördern. Hilfe ist nach wie vor zwingend erforderlich, denn rund 300 Millionen Menschen werden in Indien als Unberührbare diskriminiert. Das heißt konkret: Kinder werden in der Schule ausgesetzt; Frauen vergewaltigt, ohne dass es zu einer Strafverfolgung kommt; Land wird den Kleinbauern genommen. In Bangladesch sind immer noch eine halbe Million Menschen blind und das, obwohl diese mit einer einfachen Operation des Grauen Stars mit umgerechnet 50 € geheilt werden könnten.

Gemeinsam stark

Sichere finanzielle Mittel machen planbare Projekte nachhaltig und sind für die Andheri-Hilfe zur Erreichung ihrer Ziele und Projekte essentiell. Bereits seit vielen Jahren unterstützt Piratoplast den Verein bei unterschiedlichsten Projekten, u.a. für Operationen zur Behandlung des Grauen Stars. Dank dieser Unterstützung konnten so zahlreiche Kinder und Erwachsene vor dem Erblinden gerettet werden.

Infokasten

ANDHERI HILFE Bonn e.V.
Mackestr. 53, 53119 Bonn
Tel. +49/0228/9265250
www.andheri-hilfe.org
E-Mail: info@andheri-hilfe.org
Spendenkonto:
Sparkasse KölnBonn
IBAN: DE80 3705 0198 0000 0400 06

Auf dem Rücken liegend lesen – geringere Myopieprogression



Naharbeit wie Lesen und die extensive Beschäftigung mit Smartphones, Tablets und Computern gelten als eine der möglichen Ursachen für die in manchen Erdteilen fast epidemische Zunahme der Myopie unter Kindern und Teenagern. Bereits 1864 hat der an der Universität Utrecht wirkende Physiologe Franciscus Cornelis Donders die Vermutung geäußert, dass der Abwärtsblick beim Lesen oder Schreiben in vornüber gebeugter Position an einem (Schreib-)Tisch zur Kurzsichtigkeit prädestiniert und Halterungen für Bücher etc. empfohlen, die den Leser zwingen, den Blick nach oben zu richten.

Diese Empfehlung wird mehr als eineinhalb Jahrhunderte später von einer finnischen Studie unterstützt. Im Rahmen eines seit dreißig Jahren laufenden Forschungsprojektes zur Myopie und ihrer Entstehung werden Personen regelmäßig untersucht, die als myope Schulkinder eines Durchschnittsalters von knapp 11 Jahren Mitte der 1980er Jahre rekrutiert wurden und deren Kurzsichtigkeit bereits damals bei mindestens drei Dioptrien lag. Dokumentiert wurde unter anderem die bevorzugte Körperposition beim Lesen – ob sitzend mit Blick nach unten, auf

dem Rücken liegend mit Aufwärtsblick, auf dem Bauch liegend oder in wechselnden Körperhaltungen. Nach vier Jahren zeigten Kinder, die sich das Buch auf dem Rücken liegend über den Kopf hielten, eine deutlich geringere Myopieprogression: Ihre Kurzsichtigkeit nahm im Schnitt um $-2,35$ Dioptrien zu, jene der am Tisch o. ä. mit Abwärtsblick lesenden Kinder hingegen um durchschnittlich $-3,58$ Dioptrien. Die Autoren vermuten einen Zusammenhang zwischen dem Winkel beim Abwärtsblick am Schreibtisch und einer höheren Myopieprogression feststellen zu können. Eine Hypothese für die stärkere Myopisierung bei diesen Kindern sieht in der Wirkung der extraokularen Muskeln (vor allem der Obliqui) auf den Bulbus eine mögliche Ursache für dessen Elongation; auch ist in Untersuchungen ein stärkerer Druck des Oberlides auf die Kornea bei einem Abwärtsblickwinkel von 40° als von 20° festgestellt worden, was möglicherweise ebenfalls eine Rolle bei der refraktiven Entwicklung des Auges spielen könnte. *rdg*

Parsinnen O et al (2016) Associations of reading posture, gaze angle and reading distance with myopia and myopic progression. Acta Ophthalmol 94: 775–779

Bimatoprost gegen Hypotrichose bei Kindern

Die lokale Auftragung von Bimatoprost auf den Lidrand zur Stimulierung des Wimpernwachstums mag auf den ersten Blick als eine kosmetische „Lifestyle“-Maßnahme erscheinen. Doch für Kinder, die zum Beispiel aufgrund einer Alopezie oder als Folge einer Chemotherapie wimpernlos sind, ist deren Neuwachstum ein wichtiger Faktor im Selbstwertgefühl. An 6 klinischen Zentren in den USA und Brasilien wurden 71 Kinder und Jugendliche im Alter von 5 bis 17 Jahren über 4 Monate mit der für Hypotrichose zugelassenen Lösung oder mit (im Verhältnis 2:1) mit einer wirkstofffreien Galenik behandelt; neben Kindern mit Alopezie und unter Chemotherapie nahmen auch solche mit idiopathischer Hypotrichose teil. Bei 70,8% der das Medikament anwendenden Jugendlichen und bei 26,1% in der Kontrollgruppe kam es zu einem deutlichen Nachwachsen der Wimpern. Am erfolgreichsten war der Wirkstoff bei den Patienten mit idiopathischer Hypotrichose; bei Kindern unter Chemotherapie verbesserte sich der GEA-Score (Global Eyelid Assessment, von 1 = minimal bis 4 = bestmöglicher Wimpernbestand) immerhin von im Schnitt 1,0 auf 1,9. *rdg*

Borchert M, et al (2016) An evaluation of the safety and efficacy of bimatoprost for eyelash growth in pediatric subjects. Clin Ophthalmol 10: 419–429

Neue Leitung des Bachelorstudiengangs Orthoptik in Salzburg

Quelle: Fachhochschule Salzburg



FH-Prof. Mag.
Ruth E. Resch

Mit Beginn des Sommersemesters 2017 hat FH-Prof. Mag. Ruth E. Resch die Leitung des Studiengangs Orthoptik an der Fachhochschule Salzburg übernommen. Sie folgt damit Christine Scharinger nach, die in den Ruhestand geht.

Ruth E. Resch begann ihre Ausbildung zur Orthoptistin 1990, ihre Lehrorthoptistin war damals Christine Scharinger. Nach erfolgreichem Abschluss arbeitete sie in diversen Augenarztpraxen sowie von 1994 bis 2006 im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder (Linz) als Orthoptistin, zuletzt als leitende Orthoptistin. 2006 wechselte sie als Lehrende für den Studiengang Orthoptik an die FH-Salzburg und begann zeitgleich das Studium der Psychologie, das sie 2012 mit einem Magister abschloss. R. Resch hebt in ihrer neuen Position an der Fachhoch-

schule vor allem den individuellen Unterricht der Bachelorausbildung hervor. In Salzburg werden alle drei Jahre 12 Studienplätze angeboten. Die Ausbildung zur Orthoptistin ist derzeit nur an zwei Standorten in Österreich möglich – an der FH Salzburg und dem FH-Campus Wien. R. Resch freut sich auf die neue Herausforderung und wird mit vollem Einsatz den Studiengang, den ihre Vorgängerin mit viel Engagement aufgebaut hat, weiterführen. ○

BERICHT

Auffällige Augenbefunde bei Kindern mit Zöliakie

Die Zöliakie ist eine chronische Entzündung der Darmschleimhaut, hervorgerufen durch eine Unverträglichkeit des vor allem in verschiedenen Getreidesorten enthaltenen Proteins Gluten. Typische Symptome von Kindern mit Zöliakie sind Gedeihstörungen, Erbrechen, Appetitlosigkeit, Müdigkeit. Man schätzt, dass die Krankheit etwa einmal auf 500 Geburten auftritt. Die einzige Behandlungsmöglichkeit ist eine glutenfreie Ernährung – das stetig wachsende Angebot von glutenfreien Nahrungsmitteln in Supermärkten und als glutenfrei gekennzeichneten Gerichten in Restaurants zeugt vom zunehmenden öffentlichen Bewusstsein um diese Unverträglichkeit. Lange Zeit als eine reine Darmkrankheit betrachtet, sieht man in der Zöliakie heute ein Immunleiden.

Dafür sprechen auch Veränderungen an den Augen betroffener Kinder, die auf bei einem solchen Leiden zirkulierenden Immunkomplexe, die Anhäufung von Autoantikörpern in der Netzhaut und ein Defizit wichtiger Vitamine (A, B 1, B 2, B 12, C, E) zurückgeführt werden. Eine Gruppe von 31 an Zöliakie leidenden Kindern (Durchschnittsalter 11 Jahre) wurde mit modernen bildgebenden Verfahren wie dem OCT und der Scheimpflug-Kamera untersucht, parallel dazu wurden die gleichen Untersuchungen an einer altersentsprechenden Kontrollgruppe gesunder Kinder durchgeführt. In mehreren Parametern unterschieden sich die jungen Zöliakie-Patienten von den anderen Kindern: Ihre Vorderkammer war im Schnitt deutlich flacher und hatte ein geringeres Volumen (170 vs. 190

mm³); der Tränenfilm war schwächer, sowohl der Schirmer-Test (17,9 vs. 21,6 mm) als auch die Tränenfilmauflöszeit (10,8 vs. 12,1 Sekunden) waren auf statistisch signifikante Weise niedriger als bei Gesunden. Am auffallendsten war die verringerte Dicke (102,8 vs. 108,9 µm) der retinalen Nervenfaserschicht. Die Autoren der Untersuchung vermuten das Vorliegen von Autoantikörpern bei Zöliakie, die an wichtige Strukturen wie das Nervenfasergewebe der Netzhaut und möglicherweise auch in der Tränendrüse binden und zu diesen Abweichungen von der Norm führen, die indes nach gegenwärtigem Kenntnisstand nicht pathologisch sind. *rdg*

Hashas A et al (2016) The eyes of children with celiac disease. J AAPOS, online publiziert am 10. Januar, doi: 10.1016/j.jaapos.2016.09.025

Kinder mit Sehproblemen haben gehäuft ADHS

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, aufgrund des langen Namens sinnvollerweise meist mit dem Kürzel ADHS bezeichnet, ist eine der häufigsten neurobiologischen Entwicklungsstörungen im Kindesalter. Die vor allem durch mangelnde Konzentrationsfähigkeit, Impulsivität und hyperkinetisches Verhalten („Zappelphilipp“) geprägte Problematik tritt vornehmlich bei Kindern im Alter zwischen 4 und 15 Jahren auf. In den letzten zwei Jahrzehnten wurde sie indes auch bei Erwachsenen häufiger diagnostiziert. Zwei große epidemiologische Studien aus den USA beziffern ihre Häufigkeit in der genannten kindlichen Altersgruppe auf 10–11%. Eine jetzt erschienene und auf dem Datenschatz des „National Survey of Children's Health“ (NSCH) basierende Studie hat nachgewiesen, dass ADHS bei Kindern mit Sehstörungen fast doppelt so häufig ist wie bei jenen mit normaler visueller Funktion. Insgesamt werden in der NSCH mehr als 75000 Kinder und Jugendliche zwischen 4 und 17 Jahren erfasst. In diesem Kollektiv haben nach Angaben der Eltern 1017 Kinder Sehprobleme, die nicht mit einer Brille zu korrigieren sind. In dieser Gruppe wurde bei 15,6% ADHS diagnostiziert, bei der überwiegenden Mehrheit mit korrigierbaren Sehstörungen wurde die Diagnose nur bei 8,3% gestellt. Unter den Kindern mit Sehstörungen waren Jungen mit fast 59% überproportional vertreten. Sehstörungen waren ferner häufiger in Familien mit geringem Einkommen und bei Adoptiveltern. Die Wahrscheinlichkeit, an Sehstörungen zu leiden, war für ADHS-Kinder deutlich erhöht, wenn diese bei Geburt ein

geringes Gewicht (unter 2500 Gramm, Risikofaktor 1,83) bzw. ein niedriges Gestationsalter (unter 37 Wochen, Risikofaktor 2,09) hatten. Die Studie steht im Einklang mit anderen Publikationen, die bei Kindern mit Konvergenzdefizit eine erhöhte Häufigkeit von ADHS bzw. bei ADHS-Kindern überdurchschnittlich oft Ametropien und zentralnervös bedingte Sehstörungen gefunden hatten. Die Autoren können indes nicht ausschließen, dass bei manchen Kindern Sehprobleme fälschlicherweise zu einer ADHS-Diagnose führen: Kinder, die nicht gut sehen können, haben zweifellos oft Schwierigkeiten, sich in der Schule oder dem Kindergarten auf die ihnen auferlegte Arbeit zu konzentrieren. Auch die Unfähigkeit, wegen eines schlechten Visus rechtzeitig mit Aufgaben oder Klassenarbeiten fertig zu werden, könne leicht dazu führen, bei den Kindern Konzentrationsmangel und letztlich ADHS zu vermuten. ADHS ist ein Symptomenkomplex, der Kritiker hat – manche Kinderärzte und Kinderpsychologen vertreten die Ansicht, dass diese Diagnose zu leicht bzw. zu häufig gestellt werde – vor allem, wenn kindliche Spontaneität und Bewegungsdrang vorschnell als etwas Anomales, Behandlungsbedürftiges (mit Pharmaka wie Ritalin) eingestuft würden. Als Konsequenz aus dieser Studie ergibt sich also die Forderung, Kinder mit Schulproblemen primär auf eine Sehstörung hin zu untersuchen, und erst dann, wenn diese ausgeschlossen oder korrigiert ist, eine weitere Ursachensuche anzuschließen. *rdg*

DeCarlo DK et al (2016) ADHD and vision problems in the national survey of children's health. Optom Vis Sci 93: 459–465

Lösung „Ortho-Quiz“ von Seite 4:

**Antwort d) ist richtig:
Papillenbefund bei Glaukom
im Säuglings- und frühen
Kleinkindalter kein
Entscheidungskriterium**

Die Erhöhung des Augeninnendruckes ist eines der kardinalen Symptome des kongenitalen Glaukoms. In der Neugeborenenperiode und den ersten Lebensmonaten ist auch die Hornhautdicke ein Maß für das Augeninnendruckverhalten. Aufgrund der noch ausgeprägten Permeabilität der Hornhaut in diesem Alter kommt es durch die Augeninnendruckerhöhung zu einem Hornhautödem und dadurch zu einer Zunahme der zentralen Hornhautdicke. Bei einer operativen oder medikamentösen Augeninnendrucksenkung nimmt das Hornhautödem und damit auch die zentrale Hornhautdicke wieder ab. Daher kann die – sonografisch bestimmte – zentrale Hornhautdicke beim Säugling als indirekter Verlaufparameter der Augeninnendruckregulation herangezogen werden. Die Aussagekraft der Papillenmorphologie ist in den ersten Lebensmonaten sehr eingeschränkt, da auch höhere IOD-Steigerungen ohne erkennbare glaukomatöse Veränderungen der Papillen auftreten können. Die Papillenmorphologie kann daher im Säuglings- und frühen Kleinkindalter nicht als Entscheidungskriterium herangezogen werden. Aussagekräftig ist jedoch das Bulbuslängenwachstum in dieser Zeit: Liegt das Augenlängenwachstum über der normalen exponentiellen Wachstumskurve, so besteht der Verdacht auf ein kongenitales Glaukom oder ein Glaukom im frühen Kindesalter.

Daniela Lemm neue 1. Vorsitzende des BOD



Daniela Lemm

Auf der Mitgliederversammlung des Berufsverbandes der Orthoptistinnen Deutschlands e. V. (BOD) im November 2016 wurde Daniela Lemm zur 1. Vorsitzenden gewählt.

Die 42-Jährige engagiert sich seit über 10 Jahren in verschiedenen Gremien des BOD ehrenamtlich und war seit 2010 stellvertretende Vorsitzende im Vorstand. Durch ihre vielfältige berufliche Arbeit als Lehrorthoptistin, als Orthoptistin in einer konservativ tätigen Praxis und an einer neurologischen Klinik kennt sie die unterschiedlichen Bedürfnisse und Sorgen der Kolleginnen. Ihr Ziel für ihre Amtsperiode ist es, das Berufsbild der Orthoptistin weiter zu stärken und für die Zukunft zu rüsten.

Cüppers-Preis 2016 für Elke van Alen



Elke van Alen

Mit dem Cüppers-Gedenkpreis ehrt der BOD seit 1998 alle vier Jahre eine Kollegin, die sich um das Berufsbild verdient gemacht hat. Im November 2016 wurde als 7. Preisträgerin mit Elke van Alen eine Kollegin geehrt, die im BOD als dynamische Vorreiterin in der interprofessionellen Zusammenarbeit gilt. Frau van Alen ist Gründungsmitglied des BOD und leitet das Projekt „Netzwerk Kindertherapie“ in Hamburg-West (<http://www.netzwerk-kindertherapie.de>). Seit inzwischen 16 Jahren treffen sich dort einmal im Monat bis zu 25 Therapeuten,

darunter Logopäden, Kinder- und Jugendpsychiater, Hebammen, Ergo-, Physio- und Lerntherapeuten und tauschen sich über schwierige Fragestellungen interdisziplinär aus. Es ist ein ständiges voneinander und miteinander Lernen unter dem Motto „Ich sehe was, was du nicht siehst.“ Die Therapeuten beraten Eltern, organisieren Tagungen und haben gemeinsam den „Entwicklungskalender“ erarbeitet. Dieser dient den Eltern mit Meilen- und Stolpersteinen als Orientierung bei der Einschätzung der motorischen, sprachlichen, emotionalen und visuellen Entwicklung ihres Kindes. Den Ansporn für ihr Engagement zieht Elke van Alen aus der täglichen Arbeit mit ihren kleinen Patienten. Kein Tag ist gleich, jedes Kind ist anders. Der Wechsel zwischen teils spielerischer Untersuchung und fachlicher Kompetenz macht die Arbeit interessant.

M. Fehm, M. van Waveren

Wissenschafts- preis 2016 für Claudia Frenzel



Claudia Frenzel

Seit 2014 wird der Wissenschaftspreis des BOD verliehen. Er soll Orthoptistinnen ehren, die sich in besonderer Weise in den Fachgebieten der Orthoptik und angrenzender Disziplinen wie z. B. der Neuroophthalmologie engagiert haben und wissenschaftliche Arbeiten mit klinischer Relevanz und Praxisbezogenheit publiziert haben. Auf der Jahrestagung 2016 des BOD in Berlin erhielt Claudia Frenzel den Wissenschaftspreis für ihre Zweitautorenschaft bei der Publikation „Esophoria or esotropia in adulthood: a sign of cerebellar dysfunction“ (J Neurol (2015) 262: 585–592). C. Frenzel hat sich seit Beginn ihrer Berufstätigkeit mit dem Thema Neuro-Orthoptik und Neuroophthalmologie beschäftigt und ist vielen Kolleginnen und Kollegen durch ihre Veröffentlichungen und Vorträge bekannt. Sie hat die Gabe, auch sehr komplexe Zusammenhänge und schwierige Krankheitsbilder verständlich zu erklären und ist mit allen ihren wissenschaftlichen Arbeiten wie auch mit dieser letzten Veröffentlichung ein Vorbild für wissenschaftliches Arbeiten im Bereich der Orthoptik und für interprofessionelle Zusammenarbeit.

M. van Waveren, B. Wahl

Diplopie unter Glaukomtherapie

Doppelbildwahrnehmungen sind bei Glaukompatienten häufiger als vermutet und werden offenbar nicht ausreichend vom Augenarzt erfasst. Zu diesem Schluss kommt eine Arbeitsgruppe der Mayo-Kliniken in Rochester (USA). Dort wurde 195 Glaukompatienten (Durchschnittsalter knapp 70 Jahre) ein spezieller Fragebogen – „The Diplopia Questionnaire“ – ausgehändigt. Mit diesem sollte eruiert werden, ob die Patienten im Laufe der letzten Woche vor der Befragung Doppelbilder wahrgenommen hatten, unter welchen Bedingungen bzw. Blickbewegungen und in welcher Häufigkeit (von „selten“ über „manchmal“ bis „immer“). 47 Patienten waren mit einem Baerveldt- oder Ahmed-Drainageimplantat versorgt worden, 61 Patienten hatten eine Trabekulektomie erhalten und bei 87 Patienten wurde das Glaukom medikamentös behandelt – zu dieser Gruppe konnten gemäß den Einschlusskriterien auch Patienten gehören, denen iStents eingesetzt wurden oder bei denen ein Eingriff mit einem Trabektom vorgenommen worden war. Nicht weniger als 21 % der Patienten aller Gruppen gab das Auftreten von Diplopien an. Bei weitem am häufigsten (34 %) nahmen Patienten Doppelbilder wahr, die mit Drainage-Implantaten („Glaucoma drainage devices“, GDD) versorgt wurden, gefolgt von Trabekulektomiepatienten mit 18%. Sicher etwas überraschend war die Tatsache, dass auch 16 % der „medi-

kamentös“ Behandelten über Diplopie klagten. Die Betroffenen wurden von einem Strabismusexperten nachuntersucht, der darüber entschied, ob die Diplopie auf den chirurgischen Eingriff zurückzuführen war. Dies war bei 23 % der GDD-Patienten und bei 3 % der Trabekulektomiepatienten der Fall. In diesen Fällen wurde eine mechanische Wirkung des Implantates oder – weit seltener – des Sickerkissens als Ursache für die gestörte Bulbusmobilität angesehen. Bei Drainage-Implantaten mit einer großen Platte wie dem Baerveldt 350 war die Diplopie mit 31 % viel häufiger als bei kleineren wie dem Ahmed-Implantat mit 11 %. Von den Patienten, die beidseits ein Baerveldt 350 erhalten hatten, verzeichneten die Hälfte (2 von 4) Doppelbilder. Dass mit 16 % recht viele medikamentös behandelte Glaukompatienten an Diplopien litten, reflektiert nach Einschätzung der Autoren die Prävalenz von Strabismen und Muskelschwächen wie Konvergenzdefizit, Esotropie bei Fernsicht und kleinwinklige Hypertropie in diesem reifen Erwachsenenalter. Routinemäßige Untersuchungen auf Strabismus, so Philip Sun und Ko-Autoren, seien bislang bei dieser Patientenpopulation ungewöhnlich, könnten aber aufgrund der Studienergebnisse einer Erwägung wert sein. *rdg*

Sun PY, et al (2017) Diplopia in medically and surgically treated patients with glaucoma. Ophthalmology 124: 257–262

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

Kleine Papillenkunde

Teil 2: Kongenitale Papillenanomalien

von Reinhard Kaden

Die Papilla nervi optici – auf gut Deutsch: der Sehnervenkopf – steht im Gegensatz zur Makula primär nicht im Interesse der Orthoptistin, dennoch lohnt es sich, sie bei der Betrachtung des Augenhintergrundes ins Visier zu nehmen, denn auch dort gibt es eine Reihe von pathologischen Veränderungen, die sich auf Visus, Fixation, Gesichtsfeld und Augenstellung auswirken können. Kongenitale Papillenanomalien sind angeborene Fehlentwicklungen des Sehnervenkopfes, die sich in Abweichungen der Papillengröße, Papillenform oder der Papillenstrukturen widerspiegeln und mit einer Visusreduktion verbunden sein können. Ist der Visus beidseitig wesentlich beeinträchtigt, kann es im 1. bis 3. Lebensmonat zu einem sensorischen

Defektnystagmus kommen. Bei einer einseitigen Papillenanomalie mit Visusbeeinträchtigung ist dagegen eher mit einem sekundären Strabismus – meist mit einer Esotropie – zu rechnen. Als Komplikation kongenitaler Papillenanomalien können auftreten: fibrovaskuläre Proliferationen, Traktionsamotio, periphere Netzhautschämie, Glaskörperblutung.

Morning-glory-Papille: Windblütenartig

Die Morning-glory-Papille (Abbildung 1) hat ihren Namen von der Prunkwinde *Ipomoea tricolor* (im Englischen „Morning glory flower“). Dieser botanische Bezug besteht auch im Deutschen: Dort heißt sie Windblütenpapille. Die Morning-glory-Papille ist

selten und meist einseitig. Der Visus liegt meist unter 0,1. Mädchen sind häufiger betroffen als Jungen. Die Papille ist größer als normal, sie liegt in einer trichterartigen Aussackung des Bulbus, die mit rötlichem Gliagewebe gefüllt ist. Die zahlreichen sternförmig von der Papille ausgehenden Gefäße knicken am Rand ab und verschwinden in der Tiefe. Um die Papille zeigen sich meistens Aderhautatrophien und Pigmentepithelumschichtungen. Bei einem Drittel der Betroffenen tritt eine Netzhautablösung auf.

Makropapille: Große Papille mit großer Exkavation

Makropapillen (Abbildung 2) nehmen eine größere Fläche ein als normale Papillen. Sie sind typischerweise

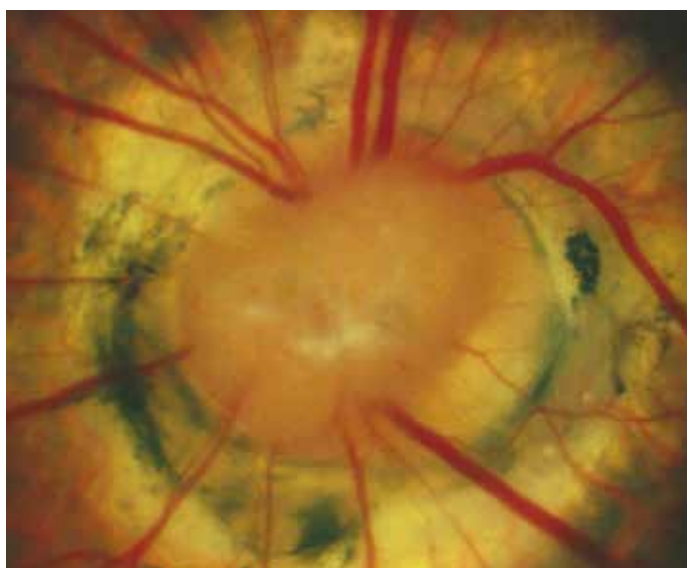


Foto: H. Wilhelm

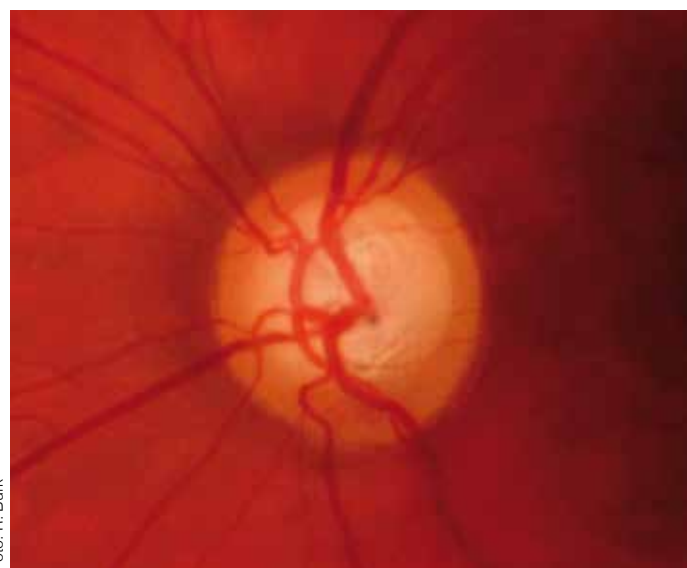


Foto: R. Burk

Abbildung 1: Morning-glory-Papille (Windblütenpapille). Große, staphylomähnliche Exkavation, die am Boden mit weiß-rosafarbigem Gliaproliferationsgewebe ausgefüllt ist. Zahlreiche radiär verlaufende Blutgefäße am Papillenrand, der von einem Ring mit Pigmentverschiebungen umgeben ist.

Abbildung 2: Makropapille mit großer Papillenfläche, großer Exkavation und vitalem Randsaum.

beidseits zu finden. Die Sehschärfe ist normal. Es kommt jedoch zu einer Vergrößerung des blinden Flecks in der Perimetrie. Typischerweise weist die Makropapille auch eine Makroexkavation auf. Der neuroretinale Randsaum ist aber – im Gegensatz zu der Glaukompapille – vital gefärbt, weist keine Einkerbungen auf und ist normal konfiguriert – wie es die ISNT-Regel nach Jost Jonas beschreibt: Der Randsaum der Papille ist im Normalfall im Bereich des inferioren Pols (I) am breitesten, gefolgt von der superioren (S), nasalen (N) und temporalen (T) Randsaumbreite: ISNT.

Mikropapille: Kleine, überfüllte Papille

Die Mikropapille (Abbildung 3) nimmt eine kleinere Fläche ein als eine normale Papille. Die Nervenfasernzahl ist normal, die Nervenfasern sind je-

doch in der Papille wegen einer relativ kleinen Öffnung des Skleralkanals dicht gepackt (daher auch die Bezeichnung „überfüllte“ Papille, Crowded-Disc-Papille). Die Exkavation ist aus demselben Grund klein oder fehlt und die Papille erscheint besonders nasal, oben und unten randunscharf. Funktionsausfälle bestehen nicht.

Papillenhypoplasie: Geringere Zahl von Nervenfasern

Bei der Papillenhypoplasie (Abbildung 4) ist die Zahl der Nervenfasern verringert; bei völligem Fehlen spricht man von einer Papillenaplasie. Die Nervenfaserschicht der Netzhaut erscheint ausgedünnt. Die Papille wird umgeben durch einen gelb-grauen Ring von atrophischer Aderhaut, dem sich außen Pigmentepithelring anschließt (sog. Doppelring-Zeichen). Bei oberflächlicher Untersuchung

kann man den Atrophiebezirk für die Papille halten und die Hypoplasie übersehen. Die geschlängelten Gefäße wirken im Verhältnis zur Papille überdimensioniert. Der Visus ist reduziert. Wichtig ist die Assoziation mit durch eine MRT-Untersuchung festzustellenden zerebralen Mittellinienfehlbildungen (typisch: fehlendes Septum pellucidum), was DeMorsier-Syndrom genannt wird. Außerdem kann eine Unterfunktion der Hypophyse bestehen, die therapeutisch angegangen werden muss.

Literatur

1. Burk R (2006) Ophthalmologische Papillenbeurteilung – Teil 1: Anatomie der Papille, Normalbefund und Papillenanomalien. *Z prakt Augenheilkd* 27: 467–477
2. Steffen H (2013) Kongenitale Papillenanomalien. *Klin Monatsbl Augenheilkd* 230: 1265–1279
3. Wilhelm H, Schiefer U (2004) Papillenveränderungen und Sehnervenerkrankungen. In: *Praktische Neuroophthalmologie* (Hrsg: Schiefer U, Wilhelm H, Zrenner E, Burk A) S 97–118. Kaden, Heidelberg

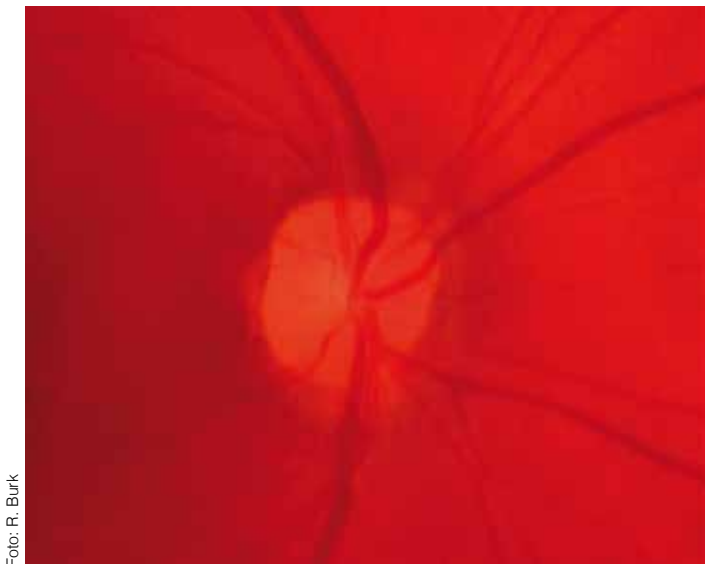


Foto: R. Burk

Abbildung 3: Mikropapille mit kleiner Papillenfläche, kleiner Exkavation und unscharfem Randsaum.

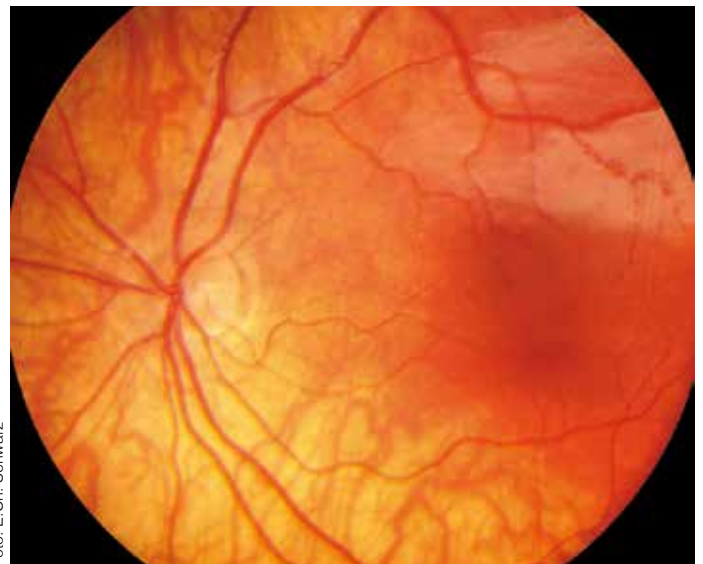


Foto: E.Ch. Schwarz

Abbildung 4: Papillenhypoplasie mit kleiner Papillenfläche, peripapillärer Doppelringkontur und geschlängelten Gefäßen (Tortuositas vasorum).

Orthoptistin in den Niederlanden – wie geht das?

Nachgefragt bei Marieke Telleman, Almere



Marieke Telleman hat den Bachelorstudiengang Orthoptik an der Fachhochschule in Utrecht im September 2016 abgeschlossen und arbeitet seitdem als Orthoptistin beim Flevoziekenhuis in Almere. Ab April 2017 wird sie in der Universitätsklinik Erasmus in Rotterdam arbeiten. Parallel forscht sie dort bereits über Sehtests im Rahmen von Augenscreenings bei kleinen Kindern in Mütterberatungsstellen.

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

MARIEKE TELLEMAN: In den Niederlanden erfolgt die Ausbildung zur Orthoptistin über ein vierjähriges Bachelorstudium der Orthoptik an der Fachhochschule. Dieses Studium wird nur an der Fachhochschule in Utrecht angeboten, an der es auch einen Studiengang für Optometrie gibt. Die Ausbildung unterteilt sich in den theoretischen Teil und praktischen Unterricht. Während des Unterrichts wird zwar auch die allgemeine Theorie gelernt, aber der Schwerpunkt liegt in der praktischen Anwendung des Gelernten anhand von Kasuistiken. Während des praktischen Unterrichts üben die Studenten die verschiedenen Untersuchungen an- und miteinander, im Laufe der Ausbildung werden diese Übungen dann auch auf die Arbeit mit „echten“ Patienten ausgedehnt. Das letzte Jahr der Ausbildung ist dann in erster Linie der Erstellung der Diplomarbeit gewidmet, die den Abschluss bildet.

DIE ORTHOPTISTIN: Ein Studium an der Universität klingt erst einmal recht theoretisch. Der Beruf der Orthoptistin ist ja aber doch eher praktisch angelegt – wie sieht es mit diesem praktischen Teil während der Ausbildung aus?

MARIEKE TELLEMAN: Im Laufe der vierjährigen Ausbildung müssen verschiedene Praktika an Krankenhäusern absolviert werden. Die Fachhochschule in Utrecht verfügt über eine eigene Augenklinik, an der die angehenden Orthoptistinnen eines der vorgeschriebenen Praktika absolvieren müssen. Zudem gibt es je ein weiteres kurzes Praktikum bei einem Optiker und in einer Einrichtung für Sehbehinderte. Diese verschiedenen Ausbildungsstellen haben das Ziel, möglichst viele Aspekte des Faches kennenzulernen. Wenn die Ausbildung abgeschlossen ist, darf man den Titel Orthoptistin führen und selbstständig – ohne Aufsicht eines Arztes – arbeiten.

DIE ORTHOPTISTIN: Welche Möglichkeiten bieten sich ausländischen Studenten, die den Bachelorstudiengang absolvieren möchten?

MARIEKE TELLEMAN: Wenn jemand aus dem Ausland in den Niederlanden die Ausbildung zur Orthoptistin absolvieren möchte, ist eine Grundvoraussetzung die niederländische Sprache in Wort und Schrift zu beherrschen. Seit dem 1. Januar 2017 ist ein Nachweis der Sprachkenntnisse obligatorisch. Daneben ist es aber auch wichtig, die englische Sprache flüssig lesen und schreiben zu können, da die im Unterricht eingesetzten Bücher und Studien oft in Englisch verfasst sind.

ORTHOPTISTIN IN DEN NIEDERLANDEN – WIE GEHT DAS?

DIE ORTHOPTISTIN: Welche schulischen Voraussetzungen müssen Bewerber erfüllen, die die Ausbildung in Utrecht absolvieren wollen?

MARIEKE TELLEMAN: Für niederländische Studenten gilt, dass man ein Diplom (MBO, HAVO oder VWO) vorweisen muss. Dies ist ungefähr vergleichbar mit einem Realschulabschluss oder dem Abitur in Deutschland. Die genauen Anforderungen, die an ausländische Studenten gestellt werden, kann man am besten direkt bei der Fachhochschule Utrecht erfragen.

DIE ORTHOPTISTIN: Ist es möglich, als Orthoptistin aus dem Ausland in den Niederlanden zu arbeiten?

MARIEKE TELLEMAN: Informationen darüber erhält man ebenfalls am besten direkt an der Fachhochschule Utrecht. Zudem gibt es auf der Seite www.bigregister.nl/en/ alle notwendigen Informationen darüber, welche Voraussetzungen man für eine Arbeit in den Niederlanden erfüllen muss und wie der Bewerbungsprozess abläuft.

DIE ORTHOPTISTIN: Wie sehen die Weiterbildungsmöglichkeiten nach dem Bachelorstudiengang für Orthoptistinnen aus, was wird in den Niederlanden angeboten?

MARIEKE TELLEMAN: Nach dem Orthoptikstudium gibt es verschiedene Möglichkeiten zur Weiterbildung. Dazu gibt es bei uns eine Besonderheit – das Qualitätsregister. Dort kann man sich eintragen und es werden alle zusätzlichen Qualifizierungen und Weiterbildungen hinterlegt in einer Art Punktesystem. Dieses Register umfasst alle paramedizinischen Bereiche und liefert einen Qualitätsnachweis für Patienten, Arbeitgeber oder Krankenversicherungen, die

die Möglichkeit haben, in dem Register zu prüfen, ob eine Orthoptistin den gewünschten oder notwendigen Qualitätsanforderungen gerecht wird. Eine Orthoptistin kann sich registrieren lassen, wenn sie durch verschiedene Aktivitäten die Entwicklung des Faches voranbringt, die eigenen Kenntnisse erweitert oder dazu beiträgt, dass andere Orthoptisten sich weiterbilden können. Dies ist zum Beispiel möglich durch:

- die Teilnahme an Weiterbildungssymposien
- dem Arbeiten in der Forschung
- dem Präsentieren eigener Forschungsergebnisse in Fachzeitschriften oder während Symposien
- durch konsiliarische Arbeit in Krankenhäusern

Neben den Symposien gibt es weitere Kurse, die meist durch die Fachhochschule Utrecht organisiert werden. So gibt es einen Kurs über den direkten Zugang zu Orthoptistinnen oder für die Begleitung von Studenten während des Praktikums im Krankenhaus. Für all diese Kurse muss man den Bachelor in Orthoptik abgeschlossen haben, weitere Anforderungen sind nicht notwendig. Allerdings sind die Kosten dieser Kurse zu bedenken, da man diese grundsätzlich selbst trägt.

DIE ORTHOPTISTIN: Als Orthoptistin kann man an verschiedenen Arbeitsstätten tätig sein – ist in den Niederlanden ein Schwerpunkt zu erkennen? Wie sieht der Arbeitsalltag aus?

MARIEKE TELLEMAN: Das Gros der Orthoptistinnen in den Niederlanden arbeitet sicherlich in Krankenhäusern. Dort untersucht die Orthoptistin selbstständig die Patienten mit binokularen Beschwerden und ist verantwortlich für die Diagnose und Therapie dieser Patienten. Diese sind vorrangig Kinder mit visuellen Problemen wie Myopie,

Hypermetropie, der Akkommodation oder Fusion, Strabismus und Amblyopie bis zum 12. Lebensjahr. Daneben gibt es natürlich auch erwachsene Patienten, die an Strabismus, einer Fusionsproblematik oder Doppelbildern leiden. Die Orthoptistin verschreibt dann die Therapie zum Beispiel in Form einer Brille, einer Okklusiotherapie, Prismen oder Übungen.

Außerdem können Orthoptistinnen auch Patienten in Einrichtungen für Sehbehinderte untersuchen und behandeln. Bei uns gibt es zwei solche Einrichtungen – das königliche VISIO und Bartiméus. Hier arbeitet die Orthoptistin in einem multidisziplinären Team zusammen und erstellt eine ausführliche Diagnose.

DIE ORTHOPTISTIN: Gibt es darüber hinaus auch die Möglichkeit der selbstständigen Arbeit außerhalb der Krankenhäuser oder Einrichtungen für Sehbehinderte?

MARIEKE TELLEMAN: Ja, in den Niederlanden können Patienten auch direkt ohne Überweisung eines Arztes eine Orthoptistin aufsuchen. Dadurch ist in den letzten Jahren die Zahl der praktizierenden Orthoptistinnen in den Niederlanden angestiegen, die teilweise bei einem Optiker arbeiten oder selbstständig in einer eigenen Praxis. Dort können die selben orthoptischen Behandlungen durchgeführt werden – allerdings ist es wichtig beurteilen zu können, welche Patienten man selbst behandeln kann und welche zu einem Augenarzt oder in ein Krankenhaus überwiesen gehören. Dafür ist es essentiell, den Kurs über den direkten Zugang zu Orthoptisten zu absolvieren, der einem die grundsätzlichen Voraussetzungen für diese Situation vermittelt. Beim Thema Kostenerstattungen muss die Orthoptistin direkt mit der jeweiligen Krankenversicherung verhandeln. Da viele der Hausärzte

Patienten direkt in die Krankenhäuser überweisen, ist es für die Orthoptistinnen wichtig, für sich selbst Werbung zu machen, um ausreichend Patienten zu erhalten.

DIE ORTHOPTISTIN: In Deutschland sind wenige Orthoptistinnen in der wissenschaftlichen Forschung tätig. Wie sieht die Situation in den Niederlanden aus?

MARIEKE TELLEMAN: Schon bei der Ausbildung lernt man viel darüber, wie in unserem Beruf Forschung betrieben wird und arbeitet viel mit wissenschaftlicher Fachliteratur. Dabei lernt man automatisch, wie man passende Arbeiten findet und wie man deren Qualität und Zuverlässigkeit beurteilen kann. Zudem müssen wir selbst während des Studiums forschen und veröffentlichen. Ein Teil des Studiums besteht darin, eine eigene Forschungsarbeit zu erstellen – mit Patienten oder als Literaturstudie. Also sind wir Orthoptistinnen schon in der Ausbildung am Forschen und viele der Kolleginnen führen das auch später während ihrer Berufstätigkeit fort, am häufigsten natürlich an den Universitätskliniken.

DIE ORTHOPTISTIN: Wie schätzen Sie aktuell die Berufssituation für Orthoptistinnen in den Niederlanden ein?

MARIEKE TELLEMAN: Die Zukunft des Berufsbildes der Orthoptistin sehe ich in den Niederlanden sehr positiv, da es sehr spezialisiert ist und ein großer Bedarf seitens der Patienten besteht. Die Niederländische Vereinigung der Orthoptisten arbeitet sehr intensiv daran, unsere Interessen zu vertreten und erreicht damit eine immer größere Selbstständigkeit und Verantwortlichkeit bei unserer Arbeit.

GKV-Zuschuss für Brillengläser: Jetzt auch für höher fehsichtige Erwachsene



Der Deutsche Bundestag hat Mitte Februar 2017 das Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) beschlossen. Die neuen Regelungen sollen überwiegend im März 2017 in Kraft treten. Das neue Gesetz, das Bestandteil des Sozialgesetzes ist, beinhaltet eine Erweiterung des Leistungsanspruchs auf Brillengläser. So sollen zukünftig auch volljährige Versicherte mit einer Kurz- oder Weitsichtigkeit von mindestens 6 Dioptrien einen Anspruch auf Kostenübernahme in Höhe eines vom GKV-Spitzenverband festgelegten Festbetrags bzw. des von ihrer Krankenkasse vereinbarten Vertragspreises erhalten. Für Versicherte mit Astigmatismus besteht dieser Anspruch in Zukunft bereits ab 4 Dioptrien.

Aktuell besteht ein derartiger Leistungsanspruch lediglich für Kinder und Jugendliche, eine Kostenersatzung für volljährige Versicherte besteht nur, wenn sie auf beiden

Augen eine extreme Sehschwäche aufweisen und ihre Sehleistung auf dem besseren Auge bei bestmöglicher Korrektur höchstens 30% erreicht. Gemäß dem Gesetzestext ist eine Verordnung der Brille notwendig. Für die GKV-Leistungspflicht ist zudem nur die Fernkorrektur entscheidend und nicht die Nahkorrektur.

Die Gesetzeserweiterung bei den Sehhilfen wurde unter anderem durch die Lobbyarbeit des Deutschen Blinden- und Sehbehindertenverbandes (DBSV) möglich. Der Verband hatte bereits im Sommer 2016 eine Stellungnahme abgegeben und einige Vorschläge für den Referentenentwurf des HHVG an das Bundesgesundheitsministerium unterbreitet.

Die neuen Ordnungsmodalitäten müssen noch festgelegt werden. Das Gesetz tritt erst dann in Kraft, wenn es im Bundesgesetzblatt veröffentlicht wurde. ○

50. Jahre „International Orthoptic Association“ – erzählen Sie Ihre Geschichte

Die „International Orthoptic Association“ feiert 2017 ihr 50-jähriges Bestehen. Die internationale Vereinigung der Orthoptistinnen wird diesen Anlass mit verschiedensten Aktionen und Feiern im Laufe des ganzen Jahres gebührend würdigen. Mit mittlerweile 22 Mitgliedsländern setzt sich die IOA weltweit für die Belange der Orthoptistinnen ein mit dem Ziel, verbindliche Standards für die Ausbildung, klinische Tätigkeit und die Forschungsarbeit von Orthoptistinnen zu verankern.

Um dem Jubiläum eine persönliche Note zu geben, hat die IOA ein besonderes Projekt ins Leben gerufen: Sie lädt alle Mitglieder ein, ihre ganz eigenen, persönlichen Geschichten und Erfahrungen rund

um die IOA zu erzählen – ob diese vom Besuch des internationalen Kongresses handeln, dem ersten Austausch, geschlossenen Freundschaften im Rahmen der IOA-Mitgliedschaft – alle Beiträge sind willkommen. Eine Auswahl der eingehenden Geschichten wird im Laufe des Jahres auf der Homepage der IOA veröffentlicht werden.

Einsendungen (möglichst in Englisch) sind an Katherine J. Fray per E-Mail unter: secretary@internationalorthoptics.org oder auf Facebook (<https://www.facebook.com/InternationalOrthopticAssociation>) und Twitter (<https://twitter.com/followioa>) möglich.

Abkürzungs-App – immer aktuell

Die im Kaden Verlag 2014 erschienene App „Abkürzungen in der Augenheilkunde“ (für iPhone und iPad) wurde deutlich erweitert – sie umfasst jetzt schon über 2400 Abkürzungen! Zudem profitiert jetzt jeder Nutzer von den regelmäßigen Aktualisierungen und erhält automatisch alle neu eingestellten Abkürzungen kostenlos zur Verfügung – lebenslang. Sobald neue Begriffe vorhanden sind, lädt die App diese herunter, wenn eine Internetverbindung besteht. Der Download wird dem Nutzer angezeigt. Jetzt im AppStore für nur 3,59 Euro bestellen! Und für Alle, die das Nachschlagewerk lieber in gedruckter Fassung nutzen – auch dieses wurde aktualisiert und neu aufgelegt. Jetzt direkt bestellen unter www.kaden-verlag.de



Termine

2.-6.4.2017 Nashville

Jahrestreffen der American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus
<https://aaapos.org/>

6.5. und 7.7.2017 Wiesbaden

Skioskopie-Seminar und Refraktionsseminar
www.orthoptik.de

25.-27.5.2017 Villach

58. Jahrestagung der Österreichischen Ophthalmologischen Gesellschaft und 51. Symposium des Consilium Strabologicum Austriacum
www.augen.at/veranstaltungen/jahrestagung.php

11.-17.6.2017 Bad Mergentheim

42. Strabologische Seminarwoche
ssw.anselstetter@gmx.de

16.-17.6.2017 Sylt

67. Tagung der Vereinigung Norddeutscher Augenärzte
www.norddeutsche-augenaerzte.de

30.6.-1.7.2017 Gießen

20. Tagung der Bielschowsky-Gesellschaft
www.bielschowsky.de

3.-4.11.2017 St. Gallen

23. Strabologische und Neuroophthalmologische Falldemonstrationen
www.falldemonstrationen.ch

24.-25.11.2017 Ulm

BOD-Jahrestagung
www.orthoptik.de