

ORTHOPTISTIN

OKTOBER 2026 | 15. Jahrgang | Heft 2

THEMA:

Orthoptische Beratung
– mit gutem Gefühl zur
Schieloperation

Wenn der Kopf die
Blickrichtung bestimmt

Lernfelder in der Orthoptik
– ein Ansatz zur Weiter-
entwicklung der Ausbildung

INTERVIEW

Neue Schule für Orthoptik
in Berlin



Eine Publikation
des Kaden Verlags





BLICKWECHSEL

Wie gelingt die Früherkennung von Augenerkrankungen und welche Rolle spielen dabei KI-Technologien?

Jetzt 2. Blickwechsel-Folge anschauen – Das neue Talk-Format rund ums Sehen

Gäste:

- **Dr. Steffen Künzel**
(Skleo Health)
- **Univ.-Prof. Dr. Hakan Kaymak**
(Breyer, Kaymak & Klabe
Augenchirurgie)

Moderation:

- **Ulf Lucas** (PiratoPlast)

Neugierde geweckt?

Anschauen lohnt sich!



Im Fokus:

Die Bedeutung der Früherkennung, innovative KI-gestützte Screening-Modelle und neue Wege, Augenvorsorge für mehr Menschen zugänglich zu machen.



Apropos telefonische Nachsorge



Dr. med.
Reinhard Kaden

Liebe Leserinnen und Leser!

Patienten wohnen in aller Regel nicht direkt neben der Klinik oder Praxis, in der sie behandelt werden. Oft heißt es für sie hier, weite Wege zu überwinden. Dies und die Covid-19-Pandemie waren für C. G. Shao et al. von der Augenklinik der Universität von Missouri in Columbia (USA) Anlass zu überprüfen, ob für die erste postoperative Kontrolle 8 Tage (POW1) nach einer Strabismusoperation ein Telefongespräch ausreiche, um den Status zu klären. Dazu wurden von einer Pflegekraft anhand eines standardisierten Fragebogens 150 Patienten bzw. deren Eltern telefonisch zu Wohlbefinden, übermäßigem Tränenfluss, Krustenbildung oder Blutungen befragt, außerdem, ob der Patient an Fieber litt, die Salbenanwendung eingestellt worden war, die Augenlider frei von Rötungen/Schwellungen waren und ob die Augen gerade standen. Auch auf die Bedenken der Eltern wurde eingegangen. Die Angehörigen der Patienten konnten über ein sicheres Portal Bilder der Augen hochladen, die von der Pflegekraft und dem Chirurgen begutachtet wurden. Während des Telefonats wurde ein Termin für die Nachuntersuchung im dritten Monat nach der Operation vereinbart. Die Telefonate wurden in der elektronischen Patientenakte dokumentiert. Konnten Bedenken

nicht telefonisch oder über den sicheren Nachrichtenaustausch ausgeräumt werden, wurde ein Termin für einen persönlichen Besuch vereinbart. Die Pflegekräfte unternahmen bei Bedarf drei Anrufversuche – war der Patient nicht erreichbar, wurde ein Brief versandt. Zum Vergleich wurden die Daten von 148 Patienten herangezogen, bei denen ein persönlicher Kontakt stattfand. Bei Nachuntersuchungen innerhalb von 6 Monaten wurde bei den Patienten mit persönlichem POW1-Termin 9 Komplikationen festgestellt, bei den telefonischen POW1-Terminen waren es 7 Komplikationen. Im dritten Monat nach der Operation wurden keine übersehenen Komplikationen festgestellt. Die Autoren ziehen daraus den Schluss: „Die telefonischen POW1-Nachsorgegespräche trugen dazu bei, die Patientenbindung aufrechtzuerhalten, und wiesen vergleichbare Raten bei der Erkennung von Komplikationen auf wie die Nachsorge vor Ort. Die Einführung von Telefonaten für die frühzeitige Nachsorge hat das Potenzial, den Zugang zur Gesundheitsversorgung für Patienten zu verbessern, die weite Wege zurücklegen müssen.“ Wie stehen Sie, liebe Leserin, lieber Leser, zu telefonischen Nachsorgegesprächen? Ich bin auf Ihre Meinung gespannt! Schreiben Sie mir an kaden@kaden-verlag.de

Dr. med. Reinhard Kaden
Verleger

* Shao C, Morales N, Lee A (2025) Utility, safety, and accessibility of phone call follow-up in strabismus surgery postoperative care. J Am Ass Ped Ophthalmol Strab 29: 104218

THEMA

Orthoptische Beratung – mit gutem Gefühl zur Schieloperation

M. Ginsberger

9

Wenn der Kopf die Blickrichtung bestimmt

A. Rosenberger

11

Lernfelder in der Orthoptik

– ein Ansatz zur Weiterentwicklung der Ausbildung

R. Löhring, S. Fesel

13

INTERVIEW

Neue Schule für Orthoptik in Berlin

Nachgefragt bei M. Werner

und R. Decker

5

NACHRICHTEN

Internationaler Titelnzusatz

„Professional Bachelor“

für die Schweizer Orthoptik

7

REFERAT

Rauchen während der Schwangerschaft mit Augenerkrankungen

bei Kindern assoziiert

4

Myopieprogression bei

Hochmyopen im Erwachsenenalter

7

IMPRESSUM

4

KONGRESSNOTIZ

8

ORTHO-QUIZ

4

PRAXIS-TIPPS

15

TERMINE

16

Erfreulicherweise hat die Firma Dr. Ausbüttel GmbH & Co. KG 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

Rauchen während der Schwangerschaft mit Augenerkrankungen bei Kindern assoziiert

Das Rauchen der Mutter während der Schwangerschaft, insbesondere im ersten Trimester, ist mit einem erhöhten Risiko für verschiedene pathologische Augenbefunde im frühen Kindesalter verbunden. Dies belegt eine neue bevölkerungsbasierte retrospektive Kohortenstudie, in der für 50.778 Säuglinge Angaben zum mütterlichen Rauchverhalten während der Schwangerschaft vorlagen. Innerhalb dieser Kohorte befanden sich 2.830 Säuglinge, deren Mütter angaben, während der Schwangerschaft geraucht zu haben. Die intrauterine Rauchexposition war mit einer bereinigten Odds Ratio (OR) von 1,15 für das Auftreten jeglicher Augenerkrankung assoziiert. Für Strabismus lag die OR bei 1,34, für entzündliche und infektiöse Erkrankungen bei 1,13 – Letzteres betraf vor allem Konjunktividen und Lidentzündungen. Eine Exposition speziell im ersten Trimester ergab einen noch stärkeren Zusammenhang, sowohl für jegliche Augenerkrankung (OR 1,16) als auch für Schielen (OR 1,52). Eine sich über die gesamte Schwangerschaft erstreckende

Exposition war vor allem mit angeborenen Anomalien (OR 1,85) sowie entzündlichen/infektiösen Erkrankungen (OR 1,81) assoziiert. Kein signifikanter Zusammenhang ließ sich hingegen für das Auftreten von Refraktionsfehlern bei den Kindern nachweisen (OR 1,01). Als mögliche biologische Mechanismen, die mütterliches Rauchen mit ophthalmologischen Folgen verknüpfen, nennen die Autoren fetale Hypoxie, vaskuläre Dysregulation sowie Störungen neural-leistenstämmiger Gewebe – ein Erklärungsansatz, der nach ihrer Einschätzung gut mit den Befunden zu Strabismus und Verschlüssen der ableitenden Tränenwege übereinstimmt. Die israelischen Autoren schlussfolgern, dass diese Ergebnisse für eine vorrangige Raucherentwöhnung bereits in der frühen Schwangerschaft sprechen, um Augenerkrankungen im Kindesalter vorzubeugen.

Ashbell I et al (2026) Maternal smoking during pregnancy: a risk factor for early childhood ophthalmologic conditions. Br J Ophthalmol; online publiziert am 25. Juni; doi:10.1136/bjo-2025-328917)

schiedenen Themenkomplexen der Augenheilkunde – ganz nach Lust und Laune – zu überprüfen.

FRAGE: Eine Sehbehinderung besteht bei einem Visus – auf dem besseren Auge oder beidäugig mit Korrektur und ohne besondere optische Hilfsmittel – von nicht mehr als

a) 0,4 b) 0,3 c) 0,2 d) 0,1 e) 0,05

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

SCHRIFTLICHTUNG:

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:

Dewitz + Brill Druck GmbH
68229 Mannheim-Friedrichsfeld

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

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 ver-

Neue Schule für Orthoptik in Berlin

Nachgefragt bei Melanie Werner und Rebecca Decker

Am BBG – Berliner Bildungscampus für Gesundheitsberufe gGmbH ist zum 1. September 2025 am Standort Nord in Reinickendorf eine neue Schule für Orthoptik gestartet. Träger des BBG sind Vivantes und die Charité. 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 Abteilungen für Orthoptik zu entlasten und den Beruf der Orthoptik weiterzuentwickeln. „Die Orthoptistin“ hat mit den beiden Projektmitarbeiterinnen gesprochen, die bei der Gründung der Schule die Fäden zusammengehalten und kollegial die Schulleitung übernommen haben.

DIE ORTHOPTISTIN: Liebe Frau Werner, liebe Frau Decker, am 1. September 2025 hat der erste Ausbildungsgang der neuen Orthoptik-Schule in Berlin begonnen. Wie war der Start, verlief alles reibungslos?

M. WERNER UND R. DECKER: Der Start war für uns eine unglaublich spannende und bereichernde Zeit! Natürlich gab es einige Herausforderungen, aber genau das hat uns motiviert, kreativ zu werden und neue Wege zu gehen. Unser Berufsgesetz OrthoptG stammt aus dem Jahr 1989, die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung OrthoptAPrV aus dem Jahr 1990 – auf dieser Basis eine moderne, zukunftsorientierte Schule aufzubauen, war eine große Aufgabe.

Wir wollten nicht einfach Bestehendes übernehmen, sondern eine Ausbildung gestalten, die den Beruf der Orthoptik weiterentwickelt und den Anforderungen von heute und morgen gerecht wird. Dabei mussten wir die alte Ausbildungs- und Prüfungsverordnung mit den aktuellen Landesgesetzen und den Gegebenheiten vor Ort in Einklang bringen. Besonders spannend war die Aufgabe, trotz räumlicher Trennung von Theorie- und Praxisphasen einen lebendigen Theorie-Praxis-Transfer zu schaffen.

Unser Ziel war klar: Eine progressive, praxisnahe und zukunftsgerichtete Ausbildung, die den Beruf stärkt und die Versorgung von Patientinnen und Patienten nachhaltig verbessert. Wir sind stolz darauf, diesen Weg gemeinsam gegangen zu sein.



Das Team der Schule für Orthoptik in Berlin: Die Gründerinnen und Schulleiterinnen Rebecca Decker (links) und Melanie Werner (Mitte) sowie die Lehrkraft Annsophie Jungkamp.

DIE ORTHOPTISTIN: Sie beide waren bei der Gründung der Schule dabei, nun haben Sie auch die Leitung der Schule übernommen? Wie viele Lehrkräfte gibt es bzw. sind eingeplant?

M. WERNER UND R. DECKER: Ja, wir haben gemeinsam die kollegiale Schulleitung übernommen und werden von einer weiteren Kollegin – Annsophie Jungkamp – unterstützt. Unser Team soll aber auch weiterhin wachsen – daher freuen wir uns über interessierte Lehrkräfte, die Lust haben, Teil dieses spannenden Projekts zu werden.

DIE ORTHOPTISTIN: Mit wie vielen Schülerinnen und Schülern hat der erste Jahrgang begonnen, was ist bisher als maxi-

■ INTERVIEW: NEUE SCHULE FÜR ORTHOPTIK IN BERLIN

male Anzahl an Schülerinnen und Schülern vorgesehen und gibt es ausreichend Interessenten?

M. WERNER UND R. DECKER: Wir haben mit 10 Auszubildenden gestartet – das Interesse war erfreulich groß! Für die Zukunft möchten wir gern mehrere Kurse anbieten, wann genau das möglich sein wird, steht allerdings noch nicht fest.

DIE ORTHOPTISTIN: In Deutschland gab es bisher 15 Schulen für Orthoptik, was war der Grund, nun noch eine weitere zu gründen?

M. WERNER UND R. DECKER: Es war tatsächlich höchste Zeit für diesen Schritt. Die Region Berlin-Brandenburg war bislang massiv unterversorgt – hier gab es noch nie eine Orthoptik-Schule. Das bedeutet: Es gibt nur sehr wenige Orthoptistinnen und Orthoptisten vor Ort, während für die Versorgung der Patientinnen und Patienten dringend mehr Fachpersonal benötigt wird. Dank des engagierten Einsatzes von Frau Prof. Joussen, Direktorin der Klinik für Augenheilkun-

de Charité, und Christine Vogler, Geschäftsführerin des Berliner Bildungscampus, konnte das Vorhaben endlich Realität werden.

Mit der neuen Schule schließen wir diese Lücke und leisten einen wichtigen Beitrag, um die Versorgung in der Region nachhaltig zu verbessern. Unser Ziel ist klar: Wir wollen die Qualität der augenheilkundlichen Versorgung sichern und gleichzeitig jungen Menschen eine attraktive, zukunftsorientierte Ausbildung bieten.

DIE ORTHOPTISTIN: Bietet die neue Schule dasselbe Unterrichtskonzept an wie die anderen Schulen in Deutschland oder gibt es neue Idee?

M. WERNER UND R. DECKER: Wir setzen auf eine Ausbildung, die Kompetenzen in den Mittelpunkt stellt – über das reine Fachwissen hinaus. Unser Ziel ist es, Auszubildende nicht nur fachlich, sondern auch methodisch, sozial und persönlich zu stärken. Dazu gehören Themen wie der Schutz und die Förderung der eigenen Gesundheit, um langfristig im Beruf leistungsfähig zu bleiben. Zukunftsorientierte

Inhalte wie eine individualisierte Gesundheitsversorgung begleiten wir mit dem Schwerpunkt diversitätssensible und inklusive Orthoptik.

Darüber hinaus sind Prävention in der Orthoptik, Neurorehabilitation und interprofessionelles Arbeiten fest im Lehrplan verankert. Unsere Ausbildung ist modern und digital: Wir arbeiten überwiegend papierlos, nutzen zeitweise Online-Lehre und stellen eine umfangreiche Onlinebibliothek zur Verfügung. Besonders stolz sind wir auf unsere Skills- und Simulationslabore, in denen die Auszubildenden Untersuchungen in einem geschützten Rahmen praxisnah üben können. Theorie und Praxis wechseln sich in regelmäßigen Intervallen ab. Mit unserer Ausbildungssprechstunde stellen wir sicher, dass der Theorie-Praxis-Transfer gelingt – im engen Austausch mit den Praxisanleitenden. Das Alles wurde möglich, weil uns der Berliner Bildungscampus in vielfältiger Weise unterstützt hat.

DIE ORTHOPTISTIN: Wie sieht das Ausbildungsprogramm aus? Wie lange dauert die Ausbildung?

M. WERNER UND R. DECKER: Die Ausbildungsdauer ist gesetzlich festgelegt und beträgt – wie überall in Deutschland – drei Jahre.

DIE ORTHOPTISTIN: Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit mit der Universitätsaugenklinik, ist hier eine enge Verzahnung vorgesehen?

M. WERNER UND R. DECKER: Ja, die Zusammenarbeit mit der Charité ist für uns ein zentraler Baustein. Wir arbeiten eng mit der Universitätsaugenklinik zusammen, um unseren Auszubildenden eine hochwertige praktische Ausbildung zu ermöglichen. Diese Kooperation stellt sicher,



Kollegiale Zusammenarbeit in unserem Skills- & Simulationslab

dass die theoretischen Inhalte direkt mit modernster klinischer Praxis verknüpft werden – ein großer Vorteil für die Qualität der Ausbildung.

DIE ORTHOPTISTIN: In vielen Ausbildungsberufen wird eine Akademisierung angestrebt, auch der Berufsverband Orthoptik Deutschland e. V. ist schon seit längerem dabei, hier neue Wege einzuschlagen – wie wird sich das Ihrer Meinung nach auf die bisher bestehenden Schulen für Orthoptik auswirken?

M. WERNER UND R. DECKER: Uns war von Anfang an klar: Die Akademisierung ist ein zentrales Zukunftsthema. Deshalb haben wir unser Curriculum so gestaltet, dass es nicht nur praxisnah, sondern auch zukunftsorientiert und anschlussfähig ist. Wir haben uns intensiv mit den Curricula aus Österreich und Großbritannien auseinandergesetzt – Länder, in denen die Akademisierung bereits erfolgreich umgesetzt wurde – und deren Ansätze in unsere Planung integriert. Auf dieser Basis haben wir ein modulares System entwickelt, das sich an nationalen und internationalen Standards orientiert und durch

gezielte Ergänzungen optimal auf die Anforderungen der Zukunft vorbereitet ist. Wir bedanken uns herzlich für die wertvolle Zusammenarbeit und die Unterstützung durch unseren Berufsverband.

DIE ORTHOPTISTIN: Vielen herzlichen Dank für die interessanten Antworten.

Die Fragen stellte Katja Lorenz-Kaden

Weitere Informationen unter:

www.bildungscampus-berlin.de/ausbildung/orthoptistin

REFERAT ■

Myopieprogression bei Hochmyopen im Erwachsenenalter

Die Progression der Kurzsichtigkeit tritt bekannterweise im Kindes- und Jugendalter auf, doch wie sieht es damit im Erwachsenenalter aus? Um diese Frage zu klären, hat eine Gruppe von Augenärzten aus Shanghai retrospektiv Daten aus der „Shanghai Child and Adolescent Large-scale Eye Study“ analysiert und dabei die jährlichen Veränderungen des sphärischen Äquivalents (SE) in Zyklus-

plegie und der Achsenlänge (AL) bei 182 Personen (345 Augen) mit hoher Kurzsichtigkeit (über -8 dpt) im Alter von 18 bis 25 Jahren berechnet. Es ergab sich, dass bei 18,6 % der Augen ein Fortschreiten der Kurzsichtigkeit im Erwachsenenalter ($\Delta SE \leq -0,50$ dpt/Jahr) aufgetreten war und bei 40,1 % eine Achsenverlängerung ($\Delta AL \geq 0,10$ mm/Jahr). Die Rate der Myopieverschiebung

und auch die der Achsenverlängerung nahmen mit zunehmendem Alter rapide ab. Ein eindeutiger Zusammenhang zwischen dem Fortschreiten der Myopie in dieser Altersgruppe und der Entwicklung einer pathologischen Myopie wurde nicht festgestellt.

Wu H, Ni Z, Qi Z, et al (2026) Adult myopia progression in high myopes aged 18–25 years: evidence from a population-based cohort. Br J Ophthalmol 110: 684–690

NACHRICHT ■

Internationaler Titelzusatz „Professional Bachelor“ für die Schweizer Orthoptik

Der Schweizer Bundesrat hat am 24. Juni 2026 beschlossen, dass Absolventinnen und Absolventen von Höheren Fachschulen (HF) ab dem 1. Oktober 2026 den international verständlichen Titelzusatz „Professional Bachelor“ tragen dürfen. Für das Diplom in der Orthoptik bedeutet dies konkret den neuen Titel: Dipl.

Orthoptistin/Orthoptist HF, Professional Bachelor. Die Schweizer HF-Ausbildung ist im Nationalen Qualifikationsrahmen (NQR) bereits auf dem Niveau 6 eingestuft. Damit ist sie formal gleichwertig mit einem akademischen Bachelor. Bislang war diese hohe Qualifikation auf dem internationalen Arbeitsmarkt jedoch

schwer zu vermitteln. Der neue Titelzusatz schafft hier Abhilfe: Er macht die Schweizer Diplome bei Bewerbungen im Ausland und gegenüber internationalen Arbeitgebern auf den ersten Blick verständlich. Gleichzeitig wird die Bezeichnung „Höhere Fachschule“ künftig gesetzlich geschützt.

Operative Therapie der intermittierenden Exotropie

Da bekannt ist, dass die operative Korrektur des Strabismus divergens intermittens nicht immer und nicht immer langfristig einen Erfolg zeigt, sondern Rezidive zum Krankheitsbild gehören, stellen sich vor der operativen Therapie Fragen nach dem Spontanverlauf, dem optimalen Operationszeitpunkt, den angestrebten Zielen, dem prä- und postoperativen Vorgehen und den die Rezidivrate beeinflussenden Faktoren. Darauf wies Julia Fricke während der 37. Maternushausfortbildung der Universitätsaugenklinik Köln hin.

Vor dem Hintergrund der Rezidivneigung besteht der optimale Operationszeitpunkt:

- nach Ausschöpfung konservativer Maßnahmen, wie Refraktionskorrektur, Anpassung von Minuslinsen, Prismenkorrektur, Amblyopiebehandlung, ggf. Okklusionstherapie, Fusions-/Konvergenzübungen,
- bei Abnahme der Kompensationsfähigkeit und Abnahme der Rekompensationsfähigkeit,
- bei Beeinflussung der Lebensqualität/ dem Vorliegen sozialer Probleme,
- bei manifester Abweichung > 50% (in der Kölner Universitätsklinik das Hauptkriterium),
- bei Verlust des Stereosehens.

Durch den operativen Eingriff zu erreichen sind:

- eine Reduktion des Schielwinkels (erfolgreich, wenn postoperativ Winkel < -10PD und < +5 PD),
- eine Reduktion der Abweichphasen und bessere Kompensation und damit Stabilisierung /Wiederherstellung des Binokularsehens.

Zur präoperativen Ermittlung des maximalen Abweichungswinkels ergab eine Studie von Takada et al., dass ein 30-minütiger Prismenadaptationstest (PAT) effektiver ist als eine monokulare Okklusion von 30–60 Minuten. Eine Studie von Gietzelt et al. belegte eine relativ gute Angleichung von Nah- und Fernwinkel nach PAT, sofern nicht sowieso der Basistyp vorlag.

Spektrum operativer Verfahren

Das Spektrum operativer Verfahren ist groß und umfasst folgende Optionen:

- Ein-Muskelchirurgie mit Rectus-lateralis-Rücklagerung oder Rectus-medialis-Faltung/-Resektion bei kleinen Winkeln bis maximal 20 PD,
- bilaterale Rectus-lateralis-Rücklagerung (ggf. bei Divergenzexzesstyp ohne Angleichung im PAT),
- bilaterale Rectus-lateralis-Rücklagerung mit Myopexie,
- bilaterale Rectus-medialis-Faltung/-Resektion am ehesten bei Konvergenzinsuffizienztyp,
- kombinierte Divergenzoperation (das in der Kölner Universitätsaugenklinik am häufigsten angewandte Verfahren).

Bei kleinem Winkel sind 2-Muskel-Operationen ausreichend, bei großem Winkel ist die 3-Muskelchirurgie überlegen, da sie eine geringere Inkomitanz aufweist aufgrund einer höheren Dosis-Wirkungsbeziehung. In der Literatur werden als Risikofaktoren für ein Rezidiv große präoperative Winkel, Buchstabenphänomene, laterale Inkomitanz, Fern- / Nahinkomitanz, Anisometropie und direkte postoperative Unterkorrektur angegeben. Weitere

Risikofaktoren, wie möglicherweise das Alter bei Auftreten des Strabismus und die Krankheitsdauer, werden in der Literatur unterschiedlich diskutiert.

Fazit

Das Krankheitsbild der intermittierenden Exotropie ist einfach zu diagnostizieren und relativ einfach in der operativen Therapie, geht aber mit einer hohen Rezidivrate einher! Nach Studienlage ist operativ eine unilaterale kombinierte Operation erfolversprechender als eine bilaterale Externusrücklagerung. Die Risikofaktoren für Rezidive werden zum Teil kontrovers diskutiert, sodass hier weitere, prospektive Studien zur Evaluation der für das Langzeitergebnis relevanten Faktoren wünschenswert sind!

Lösung „Ortho-Quiz“ von Seite 4:

b) ist richtig.

Eine Sehbehinderung nach deutschem Sozialrecht (SGB XII) liegt vor, wenn auf dem besseren Auge oder beidäugig mit Korrektur und ohne besondere optische Hilfsmittel eine Sehschärfe von nicht mehr als 0,3 vorliegt. Das gilt für die Ferne und für die Nähe in mindestens 30 cm Abstand.

Orthoptische Beratung – mit gutem Gefühl zur Schieloperation

Monika Ginsberger, Zell am See (Österreich)

In den letzten Jahren ist ein Wandel im Umgang zwischen Patientinnen und Patienten, Orthoptistinnen, Orthoptisten und Augenärztinnen und Augenärzten zu beobachten. Die Patienten sind im Vergleich zu früher deutlich informierter und die Kompetenzverhältnisse zwischen Augenärzten und Orthoptisten haben sich verschoben. Aufgabe der Orthoptisten ist es, die Patienten so zu betreuen, dass sie sich vor und nach der Schieloperation möglichst gut aufgehoben fühlen. Doch wie kann dies im Klinikalltag gelingen?

Vom „informed consent“ zum „shared decision making“ und die Rolle der Orthoptisten

Die Aufklärung und Entscheidungsfindung zur Schieloperation lagen früher rein in ärztlicher Hand, sowohl Orthoptisten als auch Patienten hatten weniger Mitspracherecht. Dies ist jedoch nicht mehr zeitgemäß: Die Entscheidung für oder gegen eine Schieloperation sollte

unter Berücksichtigung aller beteiligten Parteien und auf Augenhöhe erfolgen. Dieser Prozess ist unter dem Fachbegriff „shared decision making (SDM)“ bekannt.

Voraussetzung für das SDM ist ein interdisziplinärer Umgang zwischen Ärzten und Orthoptisten, um die Patienten umfangreich zu informieren und möglichst alle offenen Fragen zu klären. Dies beinhaltet nicht nur die orthoptische und ophthalmologische Beratung und Aufklärung durch Ärzte und Orthoptisten, sondern auch Informationen (wie z. B. über bereits erfolgte Eingriffe) von Seiten der Patienten (= „informed consent“). Für unsere Arbeit als Orthoptisten ist insbesondere zu berücksichtigen, dass auch Kinder ein Recht auf eine altersentsprechende Auskunft haben und ihrem Alter gemäß in die Entscheidungsfindung für eine mögliche Operation einzubinden sind. Die Operationsentscheidung liegt somit, je nach kognitiver Reife, nicht nur bei den Eltern [1, 2].

Wie lässt sich die Rolle als Orthoptisten im SDM definieren? Laut österreichischem MTD-Gesetz* sind Orthoptisten dazu verpflichtet, über die geplanten Maßnahmen Auskunft zu erteilen: „Angehörige der MTD-Berufe haben den betroffenen Patienten oder Klienten oder den zu ihrer gesetzlichen oder bevollmächtigten Vertretung befugten Personen alle Auskünfte über die von ihnen gesetzten Maßnahmen zu erteilen. Sie haben anderen Angehörigen der Gesundheitsberufe, die die betroffenen Patienten oder Klienten behandeln oder pflegen, die für die Behandlung oder Pflege erforderlichen Auskünfte über diese Maßnahmen zu erteilen [3].“

Inwiefern diese Auskunft schon einer Aufklärung entspricht oder wie sie sich davon zu unterscheiden hat, wird im Gesetz jedoch nicht definiert.

Zeitgemäße Schieloperationsberatung in Österreich – ein Beispiel

Eine zeitgemäße Patientenführung im orthoptischen Klinikalltag ist nachfolgend anhand der Vorgehensweise im Tauernklinikum Zell am See dargestellt.

Um eine gute Vertrauensbasis zu schaffen, ist es anzustreben, dass die Patienten möglichst immer von demselben Orthoptisten betreut werden. Zu Beginn der orthoptischen Betreuung werden die Patienten über ein mögliches chirurgisches Vorgehen informiert. Gerade bei Kleinkindern hat es sich bewährt, die

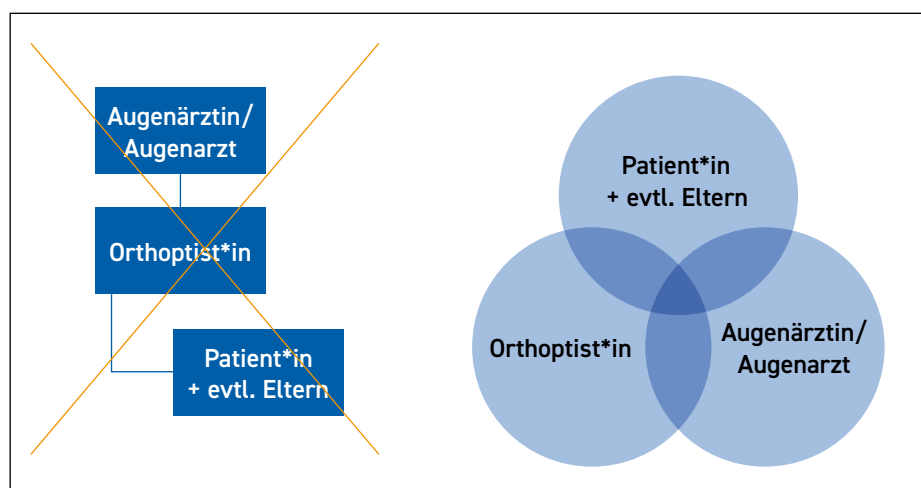


Abbildung 1: „Shared decision making“

* Bundesgesetz über die gehobenen medizinisch-therapeutisch-diagnostischen Gesundheitsberufe

Eltern frühzeitig über eine eventuell erforderliche Schieloperation zu beraten, auch wenn diese – aufgrund des Alters oder zum Beispiel einer laufenden Amblyopiebehandlung – noch nicht unmittelbar ansteht. Bei komplexen Schielformen erfolgt vor Vereinbarung eines Schieloperationstermins eine interne Besprechung zwischen Orthoptisten und operierenden Ärzten über die Eingriffsmöglichkeiten – die Endentscheidung über die Wahl des Eingriffs liegt immer in ärztlicher Hand. Noch vor Vereinbarung des Operationstermins erhält der Patient durch den betreuenden Orthoptisten fundierte Vorabinformationen zur geplanten Operationsmethode (Rücklagerung, Faltung, MISS-Technik) sowie über die prä- und postoperativen Maßnahmen (z.B. Tropftherapie, körperliche Schonung etc.). Im Zuge dieses Gesprächs wird die Zielsetzung der Schieloperation klar definiert (z.B. Besserung einer Kopfwangshaltung, Besserung der Kosmetik, Diplopiefreiheit im Gebrauchsblickfeld) und auch über mögliche Risiken aufgeklärt (z.B. Über-/Unterkorrektur, bleibende Diplopie). Dieses Vorwissen kann Patienten bei der Entscheidungsfindung zur Schieloperation helfen. Sollten sich daraus Rückfragen ergeben, erhält der Patient eine Visitenkarte mit der E-Mailadresse und Durchwahl, um eine Rücksprache mit dem betreuenden Orthoptisten zu ermöglichen.

Die Voruntersuchung erfolgt in der Regel eine Woche vor der Schieloperation. Zu diesem Zeitpunkt wird gemeinsam mit dem Operateur nochmals das bisher Besprochene mit dem Patienten wiederholt. Zur Veranschaulichung des Eingriffs und der chirurgischen Vorgehensweise hat sich ein Augenmodell bewährt, an dem

man Augenmuskeln und die mögliche Rücklagerung und/oder Faltung demonstrieren kann.

Die Operationsaufklärung erfolgt dann durch den Chirurgen unter Zuhilfenahme des Aufklärungsbogens „Schieloperation“ der Firma Thieme. Additiv wird neben obligaten handschriftlichen Ergänzungen des Aufklärungsbogens folgender Text standardmäßig hinzugefügt, welcher vor allem als Leitfaden für das ärztliche Aufklärungsgespräch verwendet wird:

- Erblindung im Zuge des Eingriffs
- Über-/Unterkorrektur, Zweit- oder Dritteingriff notwendig
- Doppelbilder postoperativ
- Infektion, Muskelhämatom/Bluterguss, Vernarbungen
- Bulbusperforation
- Muskelverlust
- Augenbewegungseinschränkung
- Rezidiv

Erst nach Klärung aller noch offenen Fragen wird der Aufklärungsbogen vom Arzt und Patienten bzw. Erziehungsberechtigten unterzeichnet.

Tipps zur Patientenführung

Im zwischenmenschlichen Umgang mit den Patienten hat jeder Orthoptist je nach Persönlichkeit eine individuelle Herangehensweise.

Um ein „gutes Gefühl“ zu schaffen, erscheint mir dabei besonders wichtig, folgende Punkte immer zu beachten:

- Die Erwartungen an das Operationsergebnis realistisch kommunizieren – man ist nie vor postoperativen Überraschungen gefeit!
- Es muss eine adäquate Einschätzung über das postoperative Ergebnis und die Diplopie erfolgen!

- Ist die Ausgangslage schwierig, wird dies klar kommuniziert!
- Niemand sollte zur Schieloperation überredet werden!
- Den Patienten wird explizit angeboten, dass sie bei postoperativen Problemen oder Unsicherheiten jederzeit an der Klinik betreut werden!
- Die Zielsetzung für die Operation unterliegt einer individuellen Schwankungsbreite und ist daher für alle Patienten unterschiedlich zu kommunizieren.

Zusammenfassend stellt für einen reibungslosen Prozess bei Schieloperationen das „shared decision making“ einen essenziellen Faktor dar. Nur wenn die Kommunikation zwischen Orthoptist, Augenarzt und Patient auf Augenhöhe stattfindet, kann eine bestmögliche Gesamtversorgung der Patienten gelingen.

Literatur

1. Knabl M (2025) Auskunft versus Aufklärung. Radiopraxis 18: 7–16
2. Klemperer David (2003) Wie Ärzte und Patienten Entscheidungen treffen: Konzepte der Arzt-Patient-Kommunikation, WZB Discussion Paper, No. SP I 2003-302, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB)
3. <https://www.usp.gv.at/themen/brancheninformationen/gesundheitswesen/medizinisch-technische-dienste/mtd-auskunfts-informations-und-rechnungslegungspflicht.html>

Korrespondenzadresse:



Monika Ginsberger BSc

Augenabteilung Tauernklinikum
Zell am See
Paracelsusstraße 8
5700 Zell am See
monika.ginsberger@tauernklinikum.at

Wenn der Kopf die Blickrichtung bestimmt

Okuläre Kopfwangshaltungen in der Orthoptik sicher erkennen, messen und zielgerichtet operieren

Adele Rosenberger, Innsbruck

Eine Kopfwangshaltung (KZH) ist in der Orthoptik mehr als eine schiefe Haltung des Kopfes: Sie ist häufig eine visuelle Strategie, um eine Diplopie zu vermeiden oder eine Fusion zu ermöglichen. Persistiert die Kopfwangshaltung über Jahre, kann sie mit Nacken- oder Schulterbeschwerden assoziiert werden, weshalb eine möglichst zügige Diagnose und Behandlung empfohlen wird.

Diagnostik vor der Operation

Wichtig ist, die Kopfwangshaltung messbar zu machen und ihre Funktion zu verstehen.

Hierzu müssen folgende Untersuchungen durchgeführt werden:

- **KZH quantifizieren:** Kopfwendung, Kopfneigung, Kinnhebung/-senkung jeweils mit dem Goniometer bzw. Strabofix in Grad dokumentieren, getrennt für Ferne und Nähe sowie mono- und binokular.
- **Motorik/Schielwinkel:** Prismen-Cover-Test in Primärposition und in KZH, für Ferne und Nähe; Prismenausgleich (wenn nötig).
- **Motilität:** Über- und Unterfunktionen, A-/V-Phänomene, Up- und Downshoot, Lidspaltenveränderungen, Retraktion.
- **Vertikal & Torsion:** Torsionen genau messen (z. B. an der Harms-Wand).

Praktischer Tipp

Eine standardisierte Foto- oder kurze Videodokumentation (Primärposition vs. KZH, Ferne und Nähe) vor und nach einer Operation macht Verlaufskontrollen deutlich objektiver.

- **Sensorik:** Fusion und Stereopsis in Primärposition versus KZH – hier zeigt sich oft, ob die KZH „binokular getrieben“ ist.

Strabismus Sursoadductorius und Deorsoadductorius: Muster erkennen – typische Fehler vermeiden

Typische Muster der Kopfwangshaltung sind:

- **Sursoadductorius:** Kopfneigung (und teils Drehung) zur nicht betroffenen Seite
 - **Deorsoadductorius:** Kopfneigung (und teils Drehung) zur betroffenen Seite
- Hierbei sind einige wichtige Hinweise zu beachten:

- **Kein längerer Prismenausgleich:** Durch Adaptation kann eine Konkomitanz entstehen, welche das Krankheitsbild verschleiert.
- **Prismenausgleich in Primärposition ist nicht leitend:** Entscheidend ist das Ausmaß von Elevation und Depression in Adduktion sowie Beschwerden und mögliche Folgeschäden.

Marlow-Occlusion-Test: „Latente“ Komponenten sichtbar machen

Wenn Befund und Beschwerden nicht zusammenpassen oder die Torsion „nicht greifbar“ wirkt, kann eine diagnostische Okklusion mittels Marlow-Occlusion-Test helfen, das „wahre“ Ausmaß der Torsion zu erfassen.

Operative Prinzipien

Strabismus Sursoadductorius

Als Ersteingriff wird die einseitige Rücklagerung des M. obliquus inferior (OI) genannt. Diese Methode ist gut dosierbar,

Überdosierungen sind selten und die Dosierung orientiert sich an der Elevation in Adduktion.

Bei einer stärkeren Ausprägung von $>15^\circ$ Elevation in Adduktion sollte eine zusätzliche anteriore nasale Transposition des Musculus obliquus inferior (OIANT) erwogen werden. Ziel ist es hierbei, einen deutlicheren schwächenden Effekt auf die Hebung sowie eine Verringerung der Exzyklodeviation zu erreichen.

Cave: Bei diesen Patienten ist eine Aufklärung über mögliche postoperative Hebungseinschränkung und eine mögliche Inzyklorotation nach der Operation wichtig.

Strabismus Deorsoadductorius

Als Eingriff der ersten Wahl wird die Rücklagerung des M. obliquus superior (OS) genannt, die je nach der Depression in Adduktion dosiert wird. Eine Faltung des M. obliquus inferior als Zweiteingriff kann erfolgen, falls diese nötig ist.

Brown'sches Syndrom: Restriktion, KZH – und die genaue Aufklärung

Typische Kopfwangshaltungen beim Brown'schen Syndrom (Obliquus-superior-Sehnenscheiden-Syndrom) sind eine Kinnhebung sowie eine Kopfdrehung zur Gegenseite. Als operative Behandlung werden in der Literatur folgende Möglichkeiten genannt:

- Strangresektion bzw. Teilexzision (bei fibrotischem/atavistischem Strang),
- OS-Rücklagerung, insbesondere bei zusätzlichem Strabismus Deorsoadductorius, sowie Durchtrennung bzw. Tenotomie.

Nach einer Operation bei einem kongenitalen Brown'schen Syndrom werden die Vertikaldeviation (VD) und KZH sehr schnell deutlich besser, während die aktive Hebung in Adduktion trotz freier passiver Motilität häufig nur begrenzt bzw. verzögert verbessert ist.

Das ist ein Kernpunkt bei der Aufklärung: Patientinnen und Patienten erleben schnell eine Erleichterung im Alltag (Haltung und Primärposition), aber die Motilität normalisiert sich nicht automatisch.

Retraktionssyndrom: Blickfeld zentrieren, nicht Motilität „reparieren“

Patientinnen und Patienten mit Retraktionssyndrom müssen im Vorfeld darüber aufgeklärt werden, dass sich die Motilität nicht bessern wird. Vielmehr ist das Ziel eine Reduktion der KZH, des Schielwinkels in Primärposition und das Vermeiden von Folgeschäden.

Typische Kopfwangshaltungen

Zu den typischen Kopfwangshaltungen zählen:

- das konvergente Retraktionssyndrom mit einer Kopfdrehung zur betroffenen Seite und
- das divergente Retraktionssyndrom mit einer Kopfdrehung zur nicht betroffenen Seite.

OP-Methoden

Schwächende Eingriffe sind beim Retraktionssyndrom der Schlüssel zum Erfolg. Hierbei gibt es verschiedene Möglichkeiten:

- MR-/LR-Rüklagerung, die ggf. beidseitig erfolgt,
- Y-Splitting bei Up- bzw. Downshoot, gegebenenfalls eine Transposition. Laut Graef et al. gibt es folgende Empfehlungen zur Dosierung:
- Konvergentes Retraktionssyndrom: KZH bis 15° - RL Musculus rectus media-

lis 3–4 mm, KZH mehr als 15° - RL Musculus rectus medialis 4–5 mm,

- Divergentes Retraktionssyndrom: KZH bis 15° - RL Musculus rectus lateralis 6–7 mm, KZH >15° - RL Musculus rectus lateralis 10 mm.

Nystagmus: Nullpunkt, Visusverbesserung und Operationsmöglichkeiten

Bei mit einem Nystagmus assoziierten KZH müssen im Voraus folgende Punkte genau geklärt werden:

- KZH in der Ferne und Nähe und mögliche Änderung der KZH bei Fern- bzw. Nahblick?
 - Tritt eine Visusverbesserung in der KZH auf?
 - Ist eine Beruhigung des Nystagmus in einer bestimmten Blickrichtung möglich?
- Zur operativen Korrektur der mit Nystagmus assoziierten Kopfwangshaltung werden das Anderson-Kestenbaum-Verfahren und die artifizielle Divergenz eingesetzt, um den Nullpunkt näher an die Primärposition zu verlagern. Langzeitdaten weisen häufig eine deutliche Gesamtverbesserung der Kopfhaltung nach, auch wenn bei einem Teil der Patientinnen und Patienten residuale Resthaltungen bestehen bleiben.

Fazit

Die Kopfwangshaltung ist der sichtbare Ausdruck einer oft komplexen Problemlösung. Für Orthoptistinnen und Orthoptisten liegt der Schlüssel in der korrekten Einordnung „okulär vs. nicht okulär“, der konsequenten Quantifizierung der KZH und der Funktionsprüfung in Primärposition versus KZH. Operativ gilt häufig, dass nicht die perfekte Motilität das Ziel ist, sondern ein Alltag, in dem Patientinnen und Patienten ohne Beschwerden gut sehen können.

An dieser Stelle möchte ich auch auf den Workshop „Orthoptik und Schieloperatio-

nen“ von Ulrike Pichler, MSc, MHPE, und Orthoptik Austria hinweisen. Die Teilnahme war für mich äußerst lehrreich, und ich konnte sehr vieles daraus in meine praktische Arbeit mitnehmen.

Literatur

1. Ballock RT, Song KM (1996) The prevalence of nonmuscular causes of torticollis in children. *J Pediatr Orthop* 16: 500–504
2. Akbari MR et al (2022) Ocular Abnormal Head Posture: A Literature Review. *Curr Ophthalmol* 33: 379–387
3. Kolling GH et al (2004) Diagnostic occlusion test in cases of unilateral strabismus sursoadductorius. *Strabismus* 12: 41–50
4. Lee DC, Lee SY (2017) Effect of modified graded recession and anteriorization on unilateral superior oblique palsy: a retrospective study. *BMC Ophthalmol* 17: 27
5. Gräf M, Kloss S, Kaufmann H (2005) Operationsergebnisse bei kongenitalem Brown-Syndrom. *Klin Monatsbl Augenheilkd* 222: 630–637
6. Mühlendyck H, Ehrt O (2020) Atavistischer Obliquus-superior-Brown-Syndrom: Ätiologie der verschiedenen Arten von Motilitätsstörungen beim kongenitalen Brown-Syndrom. *Ophthalmologie* 117: 1–18
7. American Academy of Ophthalmology (2025) Duane Retraction Syndrome. EyeWiki, retrieved February 19, 2026
8. Lin MC et al (2017) Y-splitting with recession of lateral rectus muscle for treatment of upshoots/downshoots and abnormal head posture in Duane syndrome. *Taiwan J Ophthalmol* 7: 34–37
9. Dumitrescu AV, Scruggs BA, Drack AV (2020) Clinical guidelines: Childhood nystagmus work-up. Homepage der American Academy of Ophthalmology, retrieved February 19, 2026
10. Kuziel J et al (2023) The long-term outcomes of the Anderson-Kestenbaum procedure. *Front Ophthalmol (Lausanne)* 3: 1247385
11. Bekl Y (2006) Ergebnisse dosierter Obliquus-inferior-Chirurgie zur Behandlung des einseitigen Strabismus sursoadductorius. Dissertation, Ludwig-Maximilians-Universität München; <https://edoc.ub.uni-muenchen.de/6197/>
12. Wichmann HR (2013) Differentialdiagnosen der okulären Kopfwangshaltung im Kindesalter. Diplomarbeit, Medizinische Universität Graz

Korrespondenzadresse:



Adele Rosenberger
BSc, MSc

Orthoptistin am Universitätsklinikum Innsbruck
Univ.-Klinik für Augenheilkunde und Optometrie
Anichstraße 35
A-6020 Innsbruck

Lernfelder in der Orthoptik

– ein Ansatz zur Weiterentwicklung der Ausbildung

Rebecca Löhring, Münster
Sabine Fesel, Unna

Bei dem vorliegenden Artikel handelt es sich um eine gekürzte und überarbeitete Fassung der Bachelorarbeit der Autorin im Studiengang Medizinpädagogik an der Deutschen Hochschule für Gesundheit und Sport (DHGS). Das Studium wurde mit dieser Bachelorarbeit mit dem Titel „Entwicklung von Lernfeldern für die Berufsausbildung zur Orthoptistin – eine Konzeptarbeit“ im März 2026 erfolgreich abgeschlossen.

Die Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen steht vor der Herausforderung, Auszubildende auf zunehmend komplexe berufliche Anforderungen vorzubereiten. Neben fachlichem Wissen gewinnen kommunikative Kompetenzen, Selbstreflexion sowie die Fähigkeit zum situationsangemessenen Handeln an Bedeutung. Vor diesem Hintergrund rücken kompetenzorientierte Curricula und lernfeldbasierte Ausbildungsstrukturen verstärkt in den Fokus. Während entsprechende Konzepte in anderen Gesundheitsfachberufen bereits etabliert sind, fehlt in der Ausbildung zur Orthoptistin bislang ein systematisch entwickeltes, kompetenzorientiertes Curriculum. Ziel der vorliegenden Konzeptarbeit ist es, auf Grundlage der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Orthoptistinnen und Orthoptisten sowie aktueller medizinpädagogischer Erkenntnisse, Lernfelder für die Orthoptikausbildung zu entwickeln. Methodisch basiert die Arbeit auf einer systematischen Literaturrecherche sowie einer

Dokumentenanalyse der OrthoptAPrV und einem Vergleich mit lernfeldorientierten Curricula verwandter Gesundheitsberufe. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass sich aus beruflichen Handlungsfeldern und typischen Handlungssituationen der Orthoptik strukturierte Lernfelder ableiten lassen, die eine enge Verzahnung von Theorie und Praxis ermöglichen und die Entwicklung beruflicher Handlungskompetenz fördern. Die entwickelten Lernfelder stellen einen konzeptionellen Beitrag zur Weiterentwicklung der Ausbildung dar und bieten eine Grundlage für zukünftige curriculare Entwicklungsprozesse.

Die Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen befindet sich seit mehreren Jah-

ren im Wandel. Gesellschaftliche und technologische Entwicklungen, ein steigender Versorgungsbedarf sowie die zunehmende Komplexität von Krankheitsbildern führen dazu, dass traditionelle, überwiegend wissensorientierte Ausbildungsstrukturen zunehmend hinterfragt werden. Gleichzeitig steigen die Anforderungen an kommunikative Fähigkeiten, interprofessionelle Zusammenarbeit sowie die Fähigkeit, in komplexen Situationen reflektiert und verantwortungsvoll zu handeln. Vor diesem Hintergrund gewinnt die Kompetenzorientierung in der beruflichen Bildung zunehmend an Bedeutung. Auszubildende sollen nicht ausschließlich mit Fachwissen ausgestattet werden, sondern durch Kompetenzori-

Tabelle 1: Zentrale Handlungsfelder der Orthoptik

Handlungsfeld	Kernaufgabe	Beschreibung
1	Orthoptische Diagnostik	Untersuchung des Binokularsehens, Messung visueller Funktionen, Erkennen von Sehentwicklungsstörungen
2	Diagnostik von Augenbewegungsstörungen	Analyse von sensomotorischen Störungen, Motilitätsdiagnostik, Schielwinkeldiagnostik
3	Neuroophthalmologische Diagnostik	Erkennen und Einordnen zentral bedingter Sehstörungen, Pupillen- und Blickstörungen
4	Orthoptische und pleoptische Therapie	Planung, Durchführung, Evaluation von Therapie (z.B. Okklusionstherapie)
5	Patientenkommunikation und Beratung	Beratung von Eltern, Patienten, Erwachsenen, Sehbehinderten, Erklären von Therapieplänen, Kommunikation mit Kindern
6	Anamnese, Dokumentation und Befundkommunikation	Erhebung relevanter Daten, strukturierte Dokumentation, Kommunikation zur Befunderhebung

entierung dazu befähigt werden, reale berufliche Handlungssituationen zu bewältigen.

Lernfeldkonzept und Kompetenzorientierung im Gesundheitswesen

Das Lernfeldkonzept stellt einen zentralen didaktischen Ansatz in der beruflichen Bildung dar. Lernfelder orientieren

sich nicht an isolierten Fächern, sondern an beruflichen Handlungsfeldern und typischen Handlungssituationen.

Der berufliche Handlungsbezug stellt hierbei einen zentralen Punkt in der Ausbildung im Gesundheitswesen dar. Kompetenzorientierte Curricula zielen darauf ab, Fachkompetenz, soziale wie auch personale Kompetenzen miteinander zu verknüpfen. Dabei steht die

Fähigkeit im Mittelpunkt, Wissen in konkreten Handlungssituationen anzuwenden, Entscheidungen zu treffen und das eigene Handeln zu reflektieren.

Methodik

Die vorliegenden Lernfelder wurden auf Grundlage einer systematischen Literaturrecherche sowie einer Analyse der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Orthoptistinnen und Orthoptisten abgeleitet. Ziel war es, zentrale berufliche Handlungsfelder, typische Handlungssituationen sowie relevante Kompetenzanforderungen zu identifizieren.

Zentrale Handlungsfelder der Orthoptik

Die Analyse der Ausbildungsstruktur sowie der beruflichen Anforderungen zeigt, dass sich die Tätigkeit von Orthoptistinnen und Orthoptisten in mehrere zentrale Handlungsfelder gliedern lässt, welche die Grundlage für die Entwicklung von Lernfeldern bilden (Tabelle 1).

Die identifizierten Handlungsfelder lassen sich durch typische berufliche Situationen konkretisieren unter Berücksichtigung der verschiedenen Kompetenzbereiche. Zu den zentralen Kompetenzen zählen die Fach-, Sozial- und Selbstkompetenz. Diese Kompetenzbereiche bilden den Grundstein für die berufliche Handlungskompetenz.

Diese Handlungssituationen verdeutlichen die Vielschichtigkeit des Berufs und belegen, dass neben fachlichem Wissen insbesondere kommunikative und organisatorische Kompetenzen erforderlich sind (Tabelle 2).

Abgeleitete Lernfelder für die Orthoptikausbildung

Auf Grundlage der Handlungsfelder und Handlungssituationen wurden exemplarisch die in Tabelle 3 aufgeführten Lernfelder entwickelt.

Tabelle 2: Kompetenzbereiche und orthoptische Handlungssituationen

Kompetenz	Handlungssituation	Kompetenzbeschreibung
Fachkompetenz	Durchführung der Erstuntersuchung eines schielenden Kindes	Die Lernenden wählen altersentsprechende Untersuchungsmethoden aus und interpretieren die Ergebnisse zur weiteren Therapieplanung.
Sozialkompetenz	Beratungsgespräch mit den Eltern eines Kindes mit Amblyopie	Die Lernenden erklären Befunde verständlich, beantworten Fragen der Eltern und sind empathisch bei der Gesprächsführung.
Selbstkompetenz	Selbstständiges Vorbereiten und Durchführen einer Visusprüfung in der vollen Ambulanz	Die Lernenden organisieren Arbeitsmaterialien, priorisieren Aufgaben und reflektieren ihr eigenes Handeln, um sicher und effizient zu arbeiten.

Tabelle 3: Abgeleitete Lernfelder für die Orthoptikausbildung

Nr.	Lernfeld	Fächerbezug zur OrthoptAPrV
1a	Grundlagen der Anatomie und Physiologie des Menschen	Allgemeine Anatomie und Physiologie allgemeine Krankheitslehre
1b	Physiologie und Entwicklung des Kindes	Kinderheilkunde
2	Grundlagen des visuellen Systems und sensorischen Systems	Spezielle Anatomie und Physiologie allgemeine Augenheilkunde
3	Orthoptische Basisdiagnostik	Orthoptik und Pleoptik Physik, Optik und Brillenlehre
4	Diagnostik und Therapie von Augenbewegungsstörungen	Augenbewegungsstörungen
5	Neuroophthalmologische Diagnostik	Neuroophthalmologie
6	Orthoptische und pleoptische Therapie	Orthoptik und Pleoptik
7	Anamnese, Befunderhebung und Dokumentation	– kein Bestandteil der theoretischen Ausbildung –
8	Kommunikation, Beratung, Interaktion	– kein Bestandteil der theoretischen Ausbildung –
9	Interprofessionelles Handeln, Hygiene und Recht im Gesundheitswesen	Arzneimittelkunde Hygiene Berufs-, Gesetzes- und Staatsbürgerkunde

Die Lernfelder orientieren sich an realen beruflichen Anforderungen und integrieren fachliche, soziale und personale Kompetenzbereiche.

Diskussion

Die Ergebnisse zeigen, dass die Ausbildung in der Orthoptik durch die Entwicklung von Lernfeldern strukturell weiterentwickelt werden kann. Im Vergleich zu bestehenden Ausbildungsstrukturen in anderen Gesundheitsfachberufen wird deutlich, dass eine stärkere Orientierung an beruflichen Handlungssituationen einen wichtigen Beitrag zur Kompetenzentwicklung leisten kann.

Ein zentraler Vorteil des Lernfeldkonzepts liegt in der Integration von Theorie und Praxis. Durch die Ausrichtung an realen Handlungssituationen können Auszubildende lernen, theoretisches Wissen gezielt anzuwenden und ihr Handeln zu reflektieren. Dies ist insbesondere in ei-

nem komplexen Tätigkeitsfeld wie der Orthoptik von Bedeutung.

Darüber hinaus bieten Lernfelder die Möglichkeit, kommunikative und soziale Kompetenzen systematisch zu fördern. Diese spielen im beruflichen Alltag eine zentrale Rolle, insbesondere in der Arbeit mit Patientinnen und Patienten sowie in der interprofessionellen Zusammenarbeit. Gleichzeitig wird deutlich, dass die Entwicklung von Lernfeldern nur einen ersten Schritt darstellt. Für eine umfassende Curriculumentwicklung sind weitere Schritte erforderlich, beispielsweise die didaktische Ausgestaltung der Lernfelder sowie deren Implementierung in die Ausbildungspraxis.

Fazit

Die vorliegenden Ergebnisse verdeutlichen, dass Lernfelder einen geeigneten Ansatz zur Weiterentwicklung der Ausbildung in der Orthoptik darstellen. Sie

ermöglichen eine stärkere Orientierung an beruflichen Handlungssituationen und fördern die Entwicklung beruflicher Handlungskompetenz. Die entwickelten Lernfelder bieten eine konzeptionelle Grundlage für eine zukünftige kompetenzorientierte Ausrichtung der Ausbildung und können als Ausgangspunkt für weitere curriculare Entwicklungen dienen.

Korrespondenzadresse:



Rebecca Löhring
Lehrorthoptistin
B. A. Medizinpädagogik
Schule für Orthoptik am
Universitätsklinikum Münster
rebecca.loehring@ukmuenster.de

Zweitautorin: Prof. Dr. Sabine Fesel
Professorin für die Psychologie
der Gesundheitsberufe
Studiengangsleitung Medizinpädagogik
Deutsche Hochschule
für Gesundheit und Sport



PIRATOPLAST PRAXISTIPPS: Info-Klebezettel von Piratoplast

In der Rubrik „Piratoplast Praxistipps“ möchten wir Ihnen wertvolle Anregungen für Ihren Praxisalltag geben. In dieser Ausgabe präsentieren wir Ihnen den Piratoplast **Info-Klebezettel**, der anhand Ihrer Anregungen kreiert wurde. Da es für Familien eine Herausforderung sein kann, sich in der Kürze der Behandlung alle relevanten Informationen zu merken, möchten wir Sie so in Ihrem Praxisalltag sowie die Familien bei der Therapie unterstützen.

Mit Hilfe des Klebezettels können Sie Ihren Patienten eine digitale Anlaufstelle zu weiterführenden Infos in verschiedenen Sprachen



rund um die Themen Okklusionstherapie und Augengesundheit zur Verfügung stellen. Scannt man den passenden QR-Code, gelangt man unkompliziert zum Eltern-Ratgeber auf unserer Website, auf der alle Infos in Ruhe zuhause nachgelesen werden können.

Weitere **Unterstützungsmaterialien** können Sie jederzeit hier bestellen:



IHRE MEINUNG IST UNS WICHTIG: Gestalten Sie die Fachzeitschrift mit

Gemeinsam mit Ihnen möchten wir die Zeitschrift noch besser machen. Teilen Sie uns Ihre Wünsche und Anregungen mit.

Unter allen Teilnehmenden der Abfrage verlosen wir drei Exemplare unseres Buchtipps (s.u.) – jetzt mitmachen:



BUCHTIPP: Lia und ihr Augenpflaster von Josephine Kraft

Das Buch begleitet Kinder und Familien einfühlsam durch die Zeit der Augenpflastertherapie und wurde fachlich von Augenärztinnen, Augenärzten und Orthoptistinnen unterstützt. Es erklärt, warum ein Pflaster wichtig ist, nimmt Ängste und stärkt die Bereitschaft der Kinder, bei der Therapie mitzumachen.



Interesse geweckt?
Hier weitere Infos
und Einblick in das
Buch:



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

Termine

St. Gallen 6.–7.11.2026

30. Strabologische, Kinder- und Neuro-
ophthalmologische Falldemonstrationen
[https://www.h-och.ch/ueber-uns/
veranstaltungen/30-strabologische-kinder-
und-neuroophthalmologische-
falldemonstrationen-2026-11-05/](https://www.h-och.ch/ueber-uns/veranstaltungen/30-strabologische-kinder-und-neuroophthalmologische-falldemonstrationen-2026-11-05/)

11.–14.11.2026 Buenos Aires

60. Kongress der International
Strabismological Association
<https://isa2026.com.ar/>

20.–21.11.2026 Augsburg

Vierländertagung Orthoptik/
Bundeskongress BOD
[https://orthoptik.de/course/4-laender-
tagung-bundeskongress-bod-2026/](https://orthoptik.de/course/4-laender-tagung-bundeskongress-bod-2026/)

2.12.2026 Mainz

Kinder- und Neuroophthalmologie
[https://www.unimedizin-mainz.de/
augenklinik/](https://www.unimedizin-mainz.de/augenklinik/)

4.12.2026 Berlin

Wintertagung der Berlin-Brandenburi-
schen Augenärztlichen Gesellschaft
[https://www.bbag-auge.de/index.
php?s=naechste_tagung](https://www.bbag-auge.de/index.php?s=naechste_tagung)

12.12.2026 München

58. Weihnachtssitzung der Münchner
Ophthalmologischen Gesellschaft
[https://www.congresscenter.philosophie.
uni-muenchen.de/kongresse/moc/index.
html](https://www.congresscenter.philosophie.uni-muenchen.de/kongresse/moc/index.html)

26.-27.2.2027 Bern

Swiss Orthoptics Refraktionskurs
<https://orthoptics.ch/refraktionskurs/>

9.–15.5.2027 Eisenach

50. Strabologische Seminarwochen
ssw.anselstetter@gmx.at