

ORTHOPTISTIN

MÄRZ 2026 | 15. Jahrgang | Heft 1

THEMA:

Akkommodationsspasmus heute

Von der Universitätsklinik in
die Praxis: Ein Kulturschock?

Überkorrektur bei Kurzsichtigkeit:
Eine unterschätzte Ursache für
Probleme beim binokularen Sehen

INTERVIEW:

50 Jahre Orthoptik Austria:
Der Fachkräftemangel
bleibt eine große
Herausforderung



Eine Publikation
des Kaden Verlags



BLICKWECHSEL

Blickwechsel – Alles rund ums Sehen

Die Orthoptik befindet sich im Wandel. Mit Blickwechsel hat Piratoplast ein Talk-Format geschaffen, das Expertinnen und Experten aus Orthoptik und Augenheilkunde zusammenbringt und aktuelle Entwicklungen beleuchtet.

In der ersten Folge spricht Ulf Lucas

(Leiter von Piratoplast) mit Melanie van Waveren (BOD-Vorsitzende) und Katja Bendzmierski-Köhler (Deutschlands erste selbstständige Orthoptistin) über berufspolitische Entwicklungen, neue Versorgungsmodelle und innovative Arbeitsweisen.

Neugierde geweckt? Anschauen lohnt sich! Vielleicht sind Sie in der nächsten Ausgabe selbst dabei?!



Blickwechsel endet nicht im Studio

Seit November begleiten uns die Orthoptistinnen Sally und Sophie mit fachlich fundiertem Instagram-Content. In kurzen, verständlichen Beiträgen teilen sie Wissen aus dem orthoptischen Alltag und setzen Impulse zum Mitdenken.



Jetzt folgen & Piratoplast auf Instagram entdecken:



Orthoptische Versorgungssituation von Kindern

von Nevien Harb (Menden)

Liebe Leserinnen und Leser!

„Herr Merz, warum muss ein schielendes Kind sechs Monate auf einen Facharzttermin warten?“ Diese Frage stellte eine Ärztin dem Bundeskanzler am 8. Dezember 2025 in der ARD-Arena (Faktencheck). Gemeint war die orthoptische bzw. augenärztliche Versorgungssituation vieler Kinder in Deutschland, die trotz dringendem Verdacht auf Schielen oder Amblyopie monatelang auf einen Termin in einer augenärztlichen Praxis mit orthoptischer Sprechstunde oder in einer strabologischen Ambulanz warten müssen. Kanzler Merz führte die langen Wartezeiten auf eine aus seiner Sicht hohe Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen in Deutschland zurück. Die Menschen gingen zu häufig zum Arzt, was zu einer im europäischen Vergleich außergewöhnlich hohen Zahl an Arztkontakten führe, wodurch sich Wartezeiten verlängerten. Diese Erklärung greift jedoch zu kurz, insbesondere im Bereich der orthoptischen Versorgung.

Versorgungsrealität in der Orthoptik

Aus orthoptischer Sicht liegen die Ursachen für lange Wartezeiten weniger in einer übermäßigen Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, sondern vielmehr in strukturellen Versorgungsdefiziten. In Deutschland gibt es zu wenige Orthoptistinnen und Orthoptisten, insbe-

sondere im ambulanten Bereich. Gleichzeitig erschweren bestehende Abrechnungsstrukturen eine bedarfsgerechte Versorgung. In der Praxis zeigt sich, dass Termine für privatversicherte Patientinnen und Patienten oder Selbstzahler häufig schneller verfügbar sind, während gesetzlich versicherte Kinder deutlich längere Wartezeiten in Kauf nehmen müssen. Damit wird auch in der Orthoptik ein zentrales Problem des deutschen Gesundheitssystems sichtbar: eine ungleiche Versorgung je nach Versicherungsstatus, selbst in einem sensiblen Bereich wie der frühkindlichen Sehentwicklung. Dabei sind eine frühzeitige Diagnostik und Therapie entscheidend. Unbehandelte Seh- und Schielerkrankungen können langfristige Auswirkungen auf die visuelle Entwicklung, schulische Leistungen und die gesellschaftliche Teilhabe haben.

Gesundheitspolitische Reformansätze und ihre Grenzen

Aktuell wird gesundheitspolitisch unter anderem die Einführung eines Primärarztsystems diskutiert, wie es von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach vorgeschlagen wurde. Patientinnen und Patienten sollen zunächst verpflichtend über hausärztliche Praxen in die fachärztliche Versorgung gesteuert werden. In der praktischen Umsetzung erscheint dieser Ansatz jedoch problematisch. Hausärztinnen und Hausärzte sind bereits heute stark ausgelastet, viele Praxen

THEMA

Akkommodationsspasmus heute
C. Dech **7**

Von der Universitätsklinik in die Praxis: Ein Kulturschock?
C. Schild **9**

Überkorrektur bei Kurzsichtigkeit: Eine unterschätzte Ursache für Probleme beim binokularen Sehen
H. Grozdanic **11**

INTERVIEW

50 Jahre Orthoptik Austria: Der Fachkräftemangel bleibt eine große Herausforderung
Nachgefragt bei S. Rosam-Larsen und D. Steiner **5**

NACHRICHTEN

1. Digitaler Orthoptistinnen-Tag 2026 **14**

Orthoptik trifft Sonderpädagogik: Interprofessioneller Austausch leicht gemacht **15**

REFERATE

Altersbedingte Änderungen des Astigmatismus – relevant für die IOL-Planung bei jüngeren Patienten **13**

Dichoptische 3D-Filme zur Behandlung der intermittierenden Exotropie **13**

IMPRESSUM **14**

ORTHO-QUIZ **10**

PRAXIS-TIPPS **8**

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

arbeiten am Limit. Zusätzliche Steuerungsaufgaben könnten die Versorgung weiter belasten, ohne bestehende Engpässe in spezialisierten Fachbereichen wie der Orthoptik zu beheben.

Zudem fordern die Ärztekammern seit Jahren einen deutlichen Abbau bürokratischer Belastungen in Arztpraxen. Ein erheblicher Teil der Arbeitszeit wird für Dokumentation, Verwaltung und Abrechnung aufgewendet. Solange diese strukturellen Probleme bestehen, bleibt die Zeit für Patientinnen und Patienten begrenzt. Gerade Kinder mit Verdacht auf Schielen, Amblyopie oder andere Sehentwicklungsstörungen benötigen jedoch eine zeitnahe spezialisierte Abklärung, um therapeutisch relevante Zeitfenster nicht zu verpassen.

Stärkung der Orthoptik als Teil der Lösung

Ein möglicher Ansatz zur Verbesserung der Versorgungssituation liegt in einer stärkeren eigenständigen orthoptischen Versorgung, beispielsweise durch Orthoptistinnen und Orthoptisten mit sektoraler Heilpraktikererlaubnis. In diesem Rahmen könnten orthoptische Praxen eigenständig Diagnostik, Verlaufskontrollen und Therapieüberwachung übernehmen und damit augenärztliche Praxen gezielt entlasten. Besonders bei Verlaufskontrollen, etwa im Rahmen einer Amblyopietherapie, ist eine regelmäßige orthoptische Betreuung erforderlich, jedoch nicht zwingend bei jedem Termin eine augenärztliche Vorstellung. Zentral ist hierbei die interdisziplinäre Zusammenarbeit. Eine klare Aufgabenverteilung zwischen Augenärztinnen und Augenärzten sowie Orthoptistinnen und Orthoptisten ermöglicht eine effizientere Nutzung vorhandener Ressourcen und kann Wartezeiten für Kinder und Familien deutlich verkürzen.

Berufspolitische Entwicklungen und Perspektiven

Der Berufsverband Orthoptik Deutschland (BOD) begrüßt ausdrücklich den Berufsweg mit einer sektoralen Heilpraktikererlaubnis, die eine stärkere berufliche Selbstständigkeit von Orthoptistinnen und Orthoptisten ermöglicht. Aktuell existiert in Deutschland bislang eine eigenständige orthoptische Praxis in Dresden, die ihre Leistungen für Privatpatientinnen und -patienten sowie Selbstzahler anbietet. Dieses Modell zeigt, dass eine eigenständige orthoptische Versorgung grundsätzlich umsetzbar ist und von Patientinnen und Patienten angenommen wird. Gleichzeitig verdeutlicht es, dass dieses Angebot bislang nur einem begrenzten Personenkreis offensteht.

Aus fachlicher Sicht wäre es wünschenswert, perspektivisch auch eine Abrechnung orthoptischer Leistungen mit der gesetzlichen Krankenversicherung zu ermöglichen. In anderen therapeutischen Fachbereichen ist dies seit Jahren etablierter Standard:

Physiotherapeutinnen und -therapeuten, Ergotherapeutinnen und -therapeuten sowie Logopädinnen und Logopäden erbringen ihre Leistungen eigenständig und rechnen diese regelhaft mit den gesetzlichen Krankenkassen ab.

Eine vergleichbare strukturelle Einbindung der Orthoptik könnte dazu beitragen, Versorgungslücken zu schließen, Wartezeiten zu verkürzen und insbesondere Kindern einen niedrigschwelligen Zugang zu notwendiger orthoptischer Betreuung zu ermöglichen. Der BOD betont dabei ausdrücklich, dass diese Entwicklung keine Konkurrenz zur augenärztlichen Versorgung, sondern eine sinnvolle Ergänzung im interdisziplinären Gesundheitsnetzwerk darstellt.

Die berufspolitischen Entwicklungen – von der Eröffnung der ersten eigenständigen

orthoptischen Praxis über die bundesweite Petition bis hin zur Diskussion mit dem Berufsverband der Augenärztinnen und Augenärzte Deutschlands zeigen, wie wichtig der gemeinsame Einsatz für die Position und Anerkennung der Orthoptik ist. Gleichzeitig wird deutlich, dass strukturelle Reformen und politische Unterstützung notwendig sind, um den zukünftigen Versorgungsanforderungen gerecht zu werden.

Fazit

Wenn schielende Kinder monatelang auf einen Termin warten müssen, liegt dies nicht an einer übermäßigen Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Vielmehr handelt es sich um ein strukturelles Problem aus Fachkräftemangel, ungünstigen Abrechnungslogiken, hoher Bürokratiebelastung und einer bislang unzureichenden Nutzung orthoptischer Kompetenzen im ambulanten Bereich.

Eine nachhaltige Verbesserung der Versorgung erfordert daher nicht zusätzliche Zugangshürden, sondern eine gezielte Stärkung der Orthoptik, eine bessere strukturelle Einbindung vorhandener Fachkompetenzen und politische Rahmenbedingungen, die eine bedarfsgerechte Versorgung von Kindern tatsächlich ermöglichen.



Korrespondenzadresse:

Nevien Harb
Dipl. Orthoptistin
Heilpraktikerin auf dem

Gebiet Orthoptik, Augenoptikerin,
Refraktivmanagerin
mvz | krause
Bräukerweg 23-25
58708 Menden (Sauerland)

n.harb@mvz-krause.de

50 Jahre Orthoptik Austria: Der Fachkräftemangel bleibt eine große Herausforderung

Nachgefragt bei Sofie Rosam-Larsen und Daniela Steiner

Ein halbes Jahrhundert nach der Gründung des Bundesverbandes der Orthoptistinnen und Orthoptisten Österreichs hat Orthoptik Austria bei der Fachtagung „Eyes on surgery“ in Linz sein Jubiläum gefeiert. Im Interview mit der Zeitschrift Die Orthoptistin werfen die neu gewählte Präsidentin Sofie Rosam-Larsen und die neue 2. Vizepräsidentin Daniela Steiner einen Blick zurück auf große Erfolge und verraten ihre Wünsche für die Zukunft.

Die Orthoptistin: Was war Ihr Highlight bei der Jubiläumsfachtagung und -feier, die im vergangenen Oktober in Linz stattgefunden haben?

D. Steiner: Neben dem hohen fachlichen Niveau und den teils internationalen Vortragenden habe ich besonders das angenehme und offene Klima der Tagung geschätzt. Viele Vortragende haben sich über das große Interesse und die konstruktiven Diskussionen auf Augenhöhe gefreut. Es war schön zu sehen, wie engagiert und interessiert die

350 Teilnehmenden waren. Erstmals waren auch Optikerinnen und Optiker zur Tagung eingeladen und machten so das Eye-Care-Team, das aus Orthoptistinnen und Orthoptisten und Augenfachärztinnen und -ärzten und jetzt auch Optikerinnen und Optikern besteht, komplett – das hat die Veranstaltung besonders lebendig gemacht.

Die Orthoptistin: Was sehen Sie als die größten Erfolge an, die der Berufsverband Orthoptik Austria in den vergangenen 50 Jahren erzielt hat?

S. Rosam-Larsen: Seit der Gründung des Verbandes durch Josefine Attwenger 1975 hat unser Berufsverband viel erreicht. 1978 wurde der Verband der Orthoptistinnen Österreichs in der „International Orthoptic Association“ aufgenommen. Im Jahr 1984 schlossen sich die sieben MTD-Berufe zu einem Dachverband zusammen. 1992 erhielten die sieben Berufsgruppen der medizinisch-technischen Dienste ein eigenes Bundesgesetz. 2004 wurde die freiberufliche Berufsausübung möglich. 2006 wurde der Beruf der Orthoptistin/des Orthoptisten akademisiert. Die Ausbildung wird an Fachhochschulen etabliert und schließt nach sechs Semestern mit dem akademischen Grad „Bachelor of Science in Health Studies (BSc)“ ab. 2024 trat das neue MTD-Gesetz in Kraft. Die gehobenen medizinisch-technischen Dienste werden zu medizinisch-therapeutisch-diagnostischen Gesundheitsberufen.



Foto: Jolij Schwarz

Sofie Rosam-Larsen ist seit Oktober 2025 Präsidentin von Orthoptik Austria. Bisher war sie neben regelmäßiger Vortragstätigkeit an der Hochschule Campus Wien sowohl als Orthoptistin in der Schielambulanz des Rigshospitalet in Kopenhagen als auch in der orthoptischen Neurorehabilitation im AUVA Rehabilitationszentrum Meidling tätig.



Foto: Daniel Kalt

Daniela Steiner unterstützt Orthoptik Austria seit 2025 in der Funktion als Länderververtretung Niederösterreich und als 2. Vizepräsidentin. Sie arbeitet in verschiedenen Augenarztpraxen und ist zusätzlich freiberuflich tätig.

Die Orthoptistin: Was würden Sie im Rückblick als die größten Hürden bezeichnen?

S. Rosam-Larsen: In den 1970er-, 1980er- und teilweise auch 1990er-Jahren war die größte Hürde die geringe Anzahl der Berufsangehörigen. Die Orthoptik musste sich damals ihren Platz in der Ophthalmologie erst erkämpfen. In den frühen 2000er-Jahren war die Sichtbarkeit im Gesundheitswesen, trotz steigender Anzahl der Berufsangehörigen, praktisch nicht vorhanden. Seit zirka 2015 konnte sich die Orthoptik im Gesundheits- und Sozialwesen immer besser positionieren und sich zu einem relevanten Stakeholder entwickeln. Auch der Bekanntheitsgrad in der Bevölkerung konnte deutlich gesteigert werden, besonders durch den Einsatz der sozialen Medien. Diese positiven Entwicklungen erfordern natürlich immer mehr Zeit und Engagement der Präsidentin und des Vorstandes.

Die Orthoptistin: Und was halten Sie aktuell für die größte Herausforderung?

D. Steiner: Eine der größten Herausforderungen für die Orthoptik in Österreich ist, dass freiberuflich tätige Orthoptistinnen und Orthoptisten ihre Leistung bislang nicht direkt mit den Krankenkassen abrechnen können. Die Patientinnen und Patienten müssen die Kosten selbst tragen. Das ist besonders problematisch, weil es den Zugang zu notwendiger orthoptischer Versorgung einschränkt und soziale Ungleichheiten verstärkt. Langfristig ist es daher ein zentrales Ziel, dass orthoptische Leistungen ins Allgemeine Sozialversicherungsgesetz (ASVG) aufgenommen und damit eine Regelleistung der Krankenkassen werden. Ebenso

wichtig ist, dass Orthoptistinnen künftig Brillenverordnungen ausstellen und Medizinprodukte und Arzneimittel (weiter) verordnen dürfen. Eine gesetzliche Regelung würde die Versorgung der Patientinnen und Patienten wesentlich effizienter gestalten.

Neben diesen berufspolitischen Themen bleibt auch der Fachkräftemangel eine große Herausforderung. In Anbetracht der künftigen Pensionierungswelle ist es besonders wichtig, vor allem in Regionen außerhalb der Ballungszentren die Versorgungsdichte deutlich zu verbessern, um flächendeckend orthoptische Leistungen zu gewährleisten.

Die Orthoptistin: Welche aktuellen Entwicklungen finden Sie derzeit am spannendsten?

D. Steiner: Die zunehmende Akademisierung und Forschungstätigkeit innerhalb des Berufes ist meiner Meinung nach ein sehr positiver Entwicklungsschritt. Sie stärkt die Evidenzbasis orthoptischer Leistungen, schafft neue Karrierewege, zum Beispiel in der Forschung, und trägt maßgeblich zur Professionalisierung des Berufes bei. Dies wiederum fördert die allgemeine Sichtbarkeit der Orthoptik.

Die Orthoptistin: Wie gut funktioniert der interdisziplinäre Austausch bereits und was wäre noch verbesserungsfähig?

S. Rosam-Larsen: Wir haben viele Schnittstellen mit anderen Berufsgruppen, vor allem natürlich mit der Ophthalmologie, aber auch zum Beispiel mit der Neurologie, Ergotherapie und Kinderpsychiatrie. Eine gute Zusammenarbeit ermöglicht eine sinnvolle und umfassende Versorgung der Patientinnen und Patien-

ten und ist auch für den Alltag als Orthoptistin oder Orthoptist eine Bereicherung und Horizonterweiterung. Durch meine Arbeit als Orthoptistin im Reha-Bereich habe ich gesehen, wie regelmäßige, patientenzentrierte Fallbesprechungen mit allen beteiligten Berufsgruppen den Informationsaustausch fördern und somit ein interdisziplinäres Arbeiten facilitieren. Diese Fallbesprechungen sind in vielen Bereichen sicher ausbaufähig. Im Bereich der Digitalisierung ist sicherlich auch noch Luft nach oben – die Verwendung elektronischer Patientenakten und moderner, standardisierter Krankenhausinformationssysteme ermöglichen einen effizienteren und zielgerichteteren Austausch, welche letztendlich auch die interdisziplinäre Versorgung optimieren können.

Die Orthoptistin: Welche Ziele gibt es für die nahe und nicht so nahe Zukunft?

S. Rosam-Larsen: Unsere aktuellen Ziele sind, die Verordnung von Brillen auf Bachelororniveau zu ermöglichen und die freiberuflichen orthoptischen Leistungen mit der Versicherung abrechenbar zu machen. Das sind zwei sehr umfassende Projekte, die uns sowohl in der nahen als auch in der nicht so nahen Zukunft beschäftigen werden. Langfristige Ziele sind für mich die Präsenz des Berufes und des Verbandes im digitalen und öffentlichen Raum zu optimieren, weiterhin spannende Fortbildungen zu organisieren, und natürlich eine starke Stimme in der Berufspolitik zu sein.

Die Orthoptistin: Herzlichen Dank für die interessanten Antworten.

Akkommodationsspasmus heute

Claudia Dech (Stuttgart)

Der Akkommodationsspasmus, auch als Akkommodationskrampf bezeichnet, beschreibt eine Funktionsstörung des Auges, bei der der Ziliarmuskel langanhaltend ungewollt kontrahiert ist.

In unserer orthoptischen Praxis ergibt sich der Eindruck, dass dieses Phänomen zunehmend häufiger bei Kindern und Jugendlichen auftritt, während es bei Erwachsenen seltener und meist weniger ausgeprägt beobachtet wird.

Klinisches Bild

Bei der Fixation eines Objektes in der Nähe kommt es zur Trias des Akkommodationskomplexes: Akkommodation, Konvergenz und Miosis. Beim Akkommodationsspasmus kommt es beim Wechsel von der Nahfixation auf die Fernfixation zu einem Nichtlösen dieser Trias, was zu einer Myopie in der Ferne, einer Esotropie in der Ferne und zu einer Miosis in der Ferne führt. Weiterhin ist keine Akkommodationsflexibilität mehr nachweisbar. Die Patienten berichten wegen der akkommodativen Myopie über unscharfes Sehen in der Ferne, ggf. tiefliegende Augenschmerzen und asthenopische Beschwerden.

Die Vorstufe eines Akkommodationsspasmus ist ein Fehlen der Akkommodationsflexibilität, was viel häufiger als Symptom in der Praxis vorkommt als der Akkommodationsspasmus. Dann geben die Kinder entweder Verschwommensehen in der Nähe oder Probleme beim Scharfsehen nach Wechsel von der Ferne in die Nähe an.

Ursachen

Dem Akkommodationsspasmus liegt meist eine psychogene Störung zugrunde. Die Kinder, meist Mädchen, können nicht locker lassen durch psychischen Druck, den sie sich selbst machen, oder durch psychische Belastung von außen. Es ist anzunehmen, dass heutzutage der häufige und oft stundenlange Gebrauch digitaler Endgeräte wie Smartphones, Tablets und Computer als pathogenetischer Faktor hinzugekommen ist. Er fördert die dauerhafte Nahakkommodation und kann somit einen Akkommodationsspasmus begünstigen. Weitere Ursachen können eine höhergradige Hyperopie sein, die nicht ausreichend korrigiert ist, sowie Medikamente wie z. B. Cholinergika wie z. B. Pilokarpin, Morphine, Sulfonamide. Das Krankheitsbild kann aber auch durch intrakranielle Erkrankungen (z. B. Enzephalitis, Arnold-Chiari-Malformation) und durch Schädel-Hirntraumata ausgelöst werden.

Diagnose

Das Vorhalten von Plusgläsern bewirkt beim Akkommodationsspasmus im Gegensatz zum akkommodativen Strabismus, dass keine Entlastung bedingt ist, keine Entlastung. Bei der Diagnostik ist es wesentlich, die Refraktion in Zykloplegie objektiv zu bestimmen, um die akkommodationsbedingte Myopisierung aufzudecken. Zum Testen der Akkommodationsflexibilität (der Fähigkeit, das Auge schnell von der Ferne auf die Nähe und umgekehrt ein-

zustellen) lässt man einen Text in der Nähe fixieren und hält abwechselnd Gläser mit $\pm 2,0$ dpt vor und der Patient gibt an, wann der Text wieder deutlich gelesen werden kann. Beim Akkommodationsspasmus ist der Patient nicht in der Lage den Text nach dem Wechsel der Gläser scharf zu sehen. Die Motilität ist auch monokular zu prüfen, weil bei der binokularen Prüfung aufgrund des Konvergenztonus fälschlicherweise der Eindruck entstehen kann, dass die Abduktion des in Adduktion stehenden Auges eingeschränkt ist. Monokular besteht dieser Konvergenztonus dagegen nicht. Wichtig ist außerdem die Beurteilung der Pupillenmotorik, um neurologische Erkrankungen auszuschließen. Vor diesem Hintergrund empfiehlt sich u. U. die kraniale Bildgebung bzw. neurologische Mitbeurteilung.

Therapeutische Maßnahmen

Ziel der Therapie bei Akkommodationsspasmus ist primär die Entspannung des Ziliarmuskels. Dafür sollte zunächst eine objektive Refraktion in Zykloplegie durchgeführt werden. Diese ergibt bei den meisten Patienten eine leichte bis mittelgradige Hyperopie. Die ermittelte Korrektur wird anschließend in moderat abgeschwächter Form als Brille verordnet. Da die Anfertigung einer Brille einige Tage in Anspruch nehmen kann, empfiehlt sich eine Übergangsbehandlung mit zykloplegischen Augentropfen, um einem erneuten Spasmus vorzubeugen.

Es empfiehlt sich, dem Kind und seiner Bezugsperson die Symptome zu erklären

und darauf hinzuweisen, dass eine psychische Belastung als Ursache in Frage kommt. Ergänzend zu Entspannungsverfahren kann gegebenenfalls die Vorstellung bei einem Psychotherapeuten erwogen werden.

Besonders wichtig sind der Abbau des psychischen Stresses, regelmäßige Pausen bei Naharbeit, vor allem bei der Bildschirmnutzung, eine ergonomische Arbeitsplatzgestaltung sowie eine angemessene Beleuchtung.



Korrespondenzadresse:

Claudia Dech
Banyai Augenheilkunde GbR
Marktstr. 6/1

71254 Ditzingen
claudia.dech@icloud.com

Prävention und Prognose

Der Akkommodationskrampf wird häufig aufgrund eines auffällig schlechten Fernvisus frühzeitig erkannt. Erfolgt zügig eine gezielte Behandlung und werden die auslösenden Faktoren konsequent reduziert, ist die Prognose zur vollständigen Rückbildung günstig.

Literatur

1. Lang GK (2022) Ophthalmologie. Springer, Heidelberg
2. Krastel H (2010) Refraktive Fehler und Akkommodationsstörungen. In: Augenheilkunde (Hrsg: Pfeiffer N) S 279–290. Springer, Berlin
3. Pitz S (2023) Akkommodationsspasmus. In: Praktische Strabologie. Grundlagen der Orthoptik und Schielbehandlung (Hrsg: Neugebauer A, Eckstein A, Fricke J, Esser J). Kaden, Mannheim
4. Steffen H, Kaufmann H (2020) Strabismus. Thieme, Stuttgart



PIRATOPLAST PRAXISTIPPS:

Visusabdeckung von Piratoplast

Als Partner in der Okklusionstherapie möchten wir Ihnen in der Rubrik „Piratoplast Praxistipps“ wertvolle Anregungen für Ihren Praxisalltag geben. Dieser Ausgabe beigefügt finden Sie diesmal unsere Piratoplast Visusabdeckung im neuen Design.

Bestehend aus einem dünnen, flexiblen PVC-Material und damit gut desinfizierbar, ist die Visusabdeckung besonders langlebig und eine nachhaltige Alternative zu Abreißblöcken. Durch ihre Flexibilität und die dunkle Rückseite ermöglicht sie eine zuverlässige Abdeckung des Auges zur

präzisen Bestimmung der Sehschärfe und eignet sich ideal für den regelmäßigen, professionellen Einsatz in der Praxis.

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



Von der Universitätsklinik in die Praxis: Ein Kulturschock?

Cora Schild (Regensburg)

Im Juli 2024 war es so weit: Mit dem Examen an der Orthoptikschule München der LMU in der Tasche begann ich meine erste Stelle als Orthoptistin in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) mit Klinikstandort. Von täglich komplizierten Fällen, prä- und postoperativen Befunden, die immer durch eine Lehrorthoptistin kontrolliert wurden, und dem täglichen Austausch mit anderen Orthoptistinnen und Orthoptisten sowie meinem eigenen Kurs stand ich nun plötzlich allein in der Praxis. Ich war auf mich selbst gestellt, ohne dass meine Diagnosen noch einmal kontrolliert wurden.

Ich stellte schnell fest, dass einige Fachärzte in dem MVZ sich selbst wenig mit Kinderbrillenverordnungen, Okklusion oder Schielen auskennen und sich auf die Untersuchung und den Therapievor-schlag der Orthoptistinnen und Orthoptisten verlassen. Anfangs stellte sich dies als sehr herausfordernd für mich dar, und ich zweifelte abends oft, ob ich die richtige Entscheidung getroffen habe und mit der richtigen Therapie für die Patienten begonnen habe. Zudem unterscheidet sich der Praxisalltag deutlich von dem Alltag in der Universitätsklinik, den ich drei Jahre gewohnt war.

Auf einmal sind Themen wichtig wie:

- Schaffe ich in der vorgegebenen Zeit alle wichtigen Untersuchungen durchzuführen bei jedem Patienten?
- Stelle ich die richtigen Diagnosen?
- Wie gehe ich mit dem Thema Myopie-management um?
- Wie behalte ich die Briefpflicht im Blick?

- Welche wirtschaftlichen Aspekte muss ich berücksichtigen?
- Wie finde ich den richtigen Rhythmus für die Einbestellungen?

In meinem Beitrag beleuchte ich einige zentrale Unterschiede zwischen Universitätsklinik und Praxisalltag sowie wichtige Themen, die für den Berufseinstieg entscheidend sind.

Deutlich weniger Zeit pro Patient

In der Ausbildung war ich es gewohnt, viel Zeit für die Diagnostik und Therapieplanung zu haben. Doch in der Praxis sind die Zeitressourcen deutlich begrenzter. Ich muss schnell entscheiden, welche Untersuchungen es braucht, um die richtige Diagnose zu stellen und die entsprechende Therapie zu beginnen. Hier liegt der Fokus vor allem darauf, die wesentlichen Fragen in der Anamnese zu stellen und darauf zu achten, welche Untersuchungen es benötigt, um die richtige Diagnose zu stellen.

Das bedeutet, dass man oft unter Zeitdruck steht und Prioritäten setzen muss, was anfangs eine große Umstellung für mich war. Gerade bei komplexen Patientenfällen, bei denen ich in der Universitätsklinik immer genügend Zeit hatte und Rücksprache mit Kolleginnen und Kollegen halten konnte, bin ich in der Praxis auf mich allein gestellt – zumindest was die Entscheidung betrifft, ob eine neurologische Abklärung notwendig ist, bereits eine Brille notwendig ist oder mit wie vielen Stunden eine Okklusionstherapie begonnen werden soll.

Wie bleibt die Praxis wirtschaftlich?

Ein weiteres wichtiges Thema ist die Wirtschaftlichkeit der Praxis. Anders als in der Universitätsklinik, in der finanzielle Rahmenbedingungen für mich weniger spürbar waren, muss in einer Praxis viel mehr auf die Rentabilität geachtet werden. Es geht nicht nur darum, Patienten eine gute Behandlung zu bieten, sondern auch darum, wie die Sprechstunde effizient organisiert werden kann.

Es muss darauf geachtet werden, dass Patienten im gleichen Quartal nicht doppelt einbestellt werden (wenn es nicht zwingend notwendig ist). Bestimmte Zusatzuntersuchungen können nicht wie an der Universitätsklinik einfach durchgeführt werden. Zum Beispiel ist die Achslängenmessung bei progredienter Myopie keine Krankenkassenleistung und muss von den Patientinnen und Patienten selbst gezahlt werden, obwohl sie für die weiterführende Therapie sehr relevant ist.

Die wirtschaftlichen Aspekte in der Praxis sind von einer ganz anderen Relevanz und gehören genauso zum Alltag wie die Behandlung der Patienten. Dies stellte zu Beginn eine zusätzliche Herausforderung für mich dar, da dieses Thema in der Ausbildung überhaupt nicht beleuchtet wurde.

Briefpflicht

Neu war außerdem für mich, dass in der Orthoptik grundsätzlich eine Briefpflicht besteht – außer der Patient oder die Eltern des Patienten wünschen explizit kei-

nen Bericht. So häufen sich schnell zusätzliche Aufgaben und eine lange Liste an Briefen, die geschrieben werden müssen, teilweise auch bei Routinekontrollen. Mir ist anfangs nicht bewusst gewesen, wie viel Zeit und Sorgfalt das Schreiben der Briefe in Anspruch nimmt.

Myopiemanagement: Ein Thema, das plötzlich allgegenwärtig ist

Sehr herausfordernd war für mich zu Beginn das Thema Myopiemanagement. In der Ausbildung wurde dieses Thema nur kurz angeschnitten, daher war mir nicht bewusst, wie viele Kinder und Jugendliche von einer zunehmenden Myopie betroffen sind. Daher habe ich begonnen, mich intensiv mit dem Thema auseinanderzusetzen.

Ich habe das Glück, dass einer der Augenärzte meines MVZ sich sehr gut im Myopiemanagement auskennt und mir wertvolle Einblicke zu diesem Thema gibt. Ich besuche Online-Fortbildungen und lese mich in die aktuellen Studien zu DIMS-Gläsern und Atropin ein, um den Patienten eine fundierte Beratung bieten zu können.

Die richtige Dokumentation

Eine sorgfältige Dokumentation ist in der Orthoptik unverzichtbar. Alles muss genau festgehalten werden – die durchgeführten Untersuchungen, die Anamnese, Sehtests und die orthoptischen Befunde.

Ein klarer Ablauf hilft dabei, den Überblick zu behalten und später alles nachvollziehen zu können.

Auch in der Praxis sollte die Wiedervorstellung von Patienten immer dokumentiert werden, damit keine Termine verpasst werden. Eine präzise Dokumentation sorgt nicht nur für eine lückenlose Behandlung, sondern schützt auch vor rechtlichen Problemen und stellt sicher, dass alle Informationen jederzeit nachvollziehbar sind.

Fazit

Der Übergang von der Universitätsklinik in den Praxisalltag stellte für mich definitiv eine große Umstellung dar und brachte einige Herausforderungen mit sich. Die selbstständige Arbeit, die Vielzahl an neuen Aufgaben und die Verantwortung, die plötzlich auf meinen Schultern lag, machten die Anfangszeit nicht einfach. Außerdem merkte ich, dass einige praxisrelevante Themen in der Ausbildung gar nicht oder nur kaum vermittelt wurden. Für mich waren Themen wie Briefpflicht, Abrechnung, Wirtschaftlichkeit und Myopiemanagement (teilweise) völlig neu, und ich hätte mir gewünscht, dass diese Inhalte in der Ausbildung ausführlicher behandelt worden wären. Deshalb kann ich jedem Berufsanfänger nur raten: Sprecht mit anderen Orthoptist:innen, die vielleicht schon länger Praxiserfahrung haben, und traut euch jederzeit, in der Praxis nachzufragen.

Doch mit der Zeit wurde mir klar, dass die Arbeit in der Praxis auch viele Chancen mit sich bringt. Besonders das eigenständige Arbeiten und die Verantwortung für die Behandlung meiner Patientinnen und Patienten bereiten mir große Freude. Ich freue mich darauf, weiterhin zu lernen, mich fortzubilden, meinen Berufsalltag zu meistern und mich darauf zu verlassen, eine gute Ausbildung erhalten zu haben. Ein wertvoller Tipp, den ich in der Praxis gelernt habe: Wenn ich unsicher bin, zum Beispiel bei der Beurteilung des Myopieprozesses, der richtigen Okklusionszeit oder der Notwendigkeit einer Brillenverordnung, ist es besser, das Kind in einem kürzeren Intervall erneut einzubestellen. Dies bietet Sicherheit und die Möglichkeit, bei Wiedervorstellung Therapiepläne anzupassen und sich zu versichern, dass die richtige Therapie verordnet wurde. Abschließend kann ich nur sagen: Vertrauen Sie auf Ihr Wissen, seien Sie immer bereit Neues zu lernen, offen zu bleiben und konstruktive Kritik oder Erfahrungen von anderen anzunehmen und umzusetzen. Und scheuen Sie sich nicht, bei komplexen Fällen zum Telefon zu greifen und Ihre Lehrorthoptistinnen und -orthoptisten anzurufen und um Rat zu bitten.



Korrespondenzadresse:

Cora Schild, Orthoptistin
MVZ Augenklinik
Regensburg

PrüfeningerstraÙe 86, 93049 Regensburg
schild@augenklinik-regensburg.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 verschiedenen Themenkomplexen der Augenheilkunde – ganz nach Lust und Laune – zu überprüfen.

FRAGE: Wie definieren Sie das normosensorische Spätschielen? In diesem Fall haben Sie keine Multiple-Choice und müssen spontan formulieren.

Überkorrektur bei Kurzsichtigkeit: Eine unterschätzte Ursache für Probleme beim binokularen Sehen

Haris Grozdanic (Bergen, Norwegen)

In den vergangenen Jahren hat die Forschung zur Entwicklung von Kurzsichtigkeit, den Vorhersagemodellen sowie den Strategien zur Kontrolle dieser Erkrankung erheblich an Bedeutung gewonnen. Während diese Fokussierung gerechtfertigt ist, sollte jedoch nicht außer Acht gelassen werden, dass grundlegende Aspekte der klinischen Versorgung ebenfalls von entscheidender Relevanz sind. Besonders hervorzuheben ist die Genauigkeit der Refraktionskorrektur und deren Einfluss auf das binokulare Sehen.

In der täglichen klinischen Praxis begegnen Augenärzte und Orthoptisten häufig Patienten, die unter Diplopie, visueller Ermüdung, Kopfschmerzen oder einem allgemeinen Gefühl visueller Instabilität leiden. Diese Symptome werden oft auf akkommodative oder neurologische Ursachen zurückgeführt. Ein Faktor, der jedoch möglicherweise unterschätzt wird, ist die Überkorrektur von Kurzsichtigkeit.

Was versteht man unter Überkorrektur einer Myopie?

Eine Überkorrektur der Myopie liegt vor, wenn einem Patienten Brillengläser verschrieben werden, die im Verhältnis zu seinem tatsächlichen Refraktionsbedarf bei entspannter Akkommodation einen zu hohen Minuswert haben. Dies kann zu einer ausgezeichneten Fernsicht führen, bedeutet aber eine zusätzliche, unnötige Akkommodationsanforderung. Bei manchen Patienten kann diese zu-

sätzliche Anforderung erhebliche funktionelle Folgen haben, insbesondere für die binokulare Stabilität. Wichtig ist, dass scharfes Sehen nicht mit einer optimalen Refraktionskorrektur gleichgesetzt werden sollte. Bei einigen Patienten – insbesondere bei Patienten mit eingeschränkter negativer Fusionsvergenz (Base-in) oder grenzwertiger binokularer Kontrolle – kann bereits eine geringe Überkorrektur ein ansonsten kompensiertes binokulares System destabilisieren. Dies gilt sowohl für Kinder als auch für Erwachsene.

Akkommodation, Konvergenz und der binokulare Mechanismus

Der physiologische Zusammenhang zwischen Akkommodation und Konvergenz ist bekannt. Eine erhöhte Akkommodationsleistung führt zu einer proportionalen Zunahme der Konvergenz durch die Akkommodationskonvergenz/Akkommodationsbeziehung (AC/A). Bei einer Überkorrektur der Myopie müssen Patienten mehr als nötig akkommodieren, selbst in der Fernsicht. Diese erhöhte Akkommodationsanforderung kann zu einer übermäßigen Konvergenz führen, was eine Verschiebung in Richtung Esophorie oder intermittierender Esotropie zur Folge hat. Bei Patienten mit reduzierten Fusionsreserven kann dieser Mechanismus zu Diplopie oder Sehbeschwerden führen. Somit kann sich ein Refraktionsproblem in erster Linie als binokulares Sehproblem äußern.

Häufige klinische Befunde bei überkorrigierten myopen Patienten

In der klinischen Praxis können Patienten mit überkorrigierter Myopie eine Reihe von binokularen Symptomen und Befunden aufweisen, darunter:

- esophorische Verschiebung in der Ferne und/oder in der Nähe,
- intermittierende Esotropie, insbesondere bei visueller Beanspruchung,
- verringerte negative Fusionsreserven (Base-in), insbesondere bei hoher visueller Beanspruchung,
- Diplopie bei längerer Naharbeit oder gegen Ende des Tages,
- visuelle Ermüdung oder Asthenopie trotz guter Sehschärfe,
- Symptome, die in keinem Verhältnis zu den objektiven Augenbefunden stehen.

Diese Symptome können Anlass zu der Vermutung einer neurologischen Erkrankung geben, wenn refraktive Faktoren nicht sorgfältig berücksichtigt werden.

Klinisches Beispiel

Ein Patient im Alter von Anfang 20 stellte sich mit intermittierender Diplopie und visueller Ermüdung – vor allem bei prolongierten visuellen Anforderungen – vor. Die Fernsehschärfe mit der gewohnten Brille (OD: -8,50 zyl -0,50 / 14, OS: -8,25 zyl -1,00 / 165) war ausgezeichnet (1,0 beidseits). Zunächst wurde eine neurologische Ursache in Betracht gezogen.

Die orthoptische Untersuchung ergab eine esophorische Tendenz mit begrenzten Fusionsreserven. Eine zyktoplegische Refraktionsbestimmung ergab eine deutlich geringere Minusstärke (OD: -7,00 dpt, OS: -5,50 dpt) im Vergleich zur gewohnten Korrektur des Patienten. Nach entsprechender Anpassung der Sehhilfe berichtete der Patient über eine deutliche Verbesserung der binokularen Stabilität und eine erhebliche Verringerung der Diplopie. Dieses Patientenbeispiel veranschaulicht, wie eine relativ einfache refraktive Anpassung das binokulare Gleichgewicht wiederherstellen und Symptome lindern kann, die zunächst komplex erschienen.

Klinische Implikationen für die Praxis

Für Orthoptisten und Augenärzte unterstreichen diese Beobachtungen die Bedeutung der Integration der Refraktions-

untersuchung in die binokulare Beurteilung. Diplopie deutet nicht immer auf eine neurologische Pathologie hin, und die Refraktionsgenauigkeit sollte frühzeitig im Diagnoseprozess überprüft werden. Die zyktoplegische Refraktion und die Retinoskopie bleiben unverzichtbare Instrumente, nicht nur bei Kindern und Jugendlichen, sondern auch bei Erwachsenen mit ungeklärten binokularen Beschwerden. Eine sorgfältige Beachtung der Refraktionsdetails kann unnötige Überweisungen verhindern und die Angst der Patienten verringern.

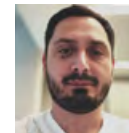
Fazit

Eine Überkorrektur der Myopie ist ein subtiler, aber klinisch signifikanter Faktor, der zu einer Instabilität des binokularen Sehens und zu Diplopie beitragen kann. In einer Zeit, in der das Myopiemanagement zunehmend in den Fokus

rückt, ist es nach wie vor unerlässlich, die Grundlagen einer genauen Refraktionskorrektur nicht zu übersehen. Eine korrekte Refraktion ist nicht nur für das Erreichen einer scharfen Sicht wichtig, sie bildet auch die Grundlage für ein stabiles und komfortables binokulares System.

Literatur

1. von Noorden GK, Campos EC (2022) Binocular Vision and Ocular Motility: Theory and Management of Strabismus. Mosby, St. Louis
2. Rowe FJ (2012) Clinical Orthoptics. Wiley-Blackwell, Oxford
3. Scheiman M, Wick B (2019) Clinical Management of Binocular Vision: Heterophoric, Accommodative, and Eye Movement Disorders. Wolters Kluwer, Alphen aan den Rijn



Korrespondenzadresse:

Haris Grozdanic
Haukeland University
Hospital – Department of
Ophthalmology, Bergen, Norway
haris.grozdanic@helse-bergen.no

■ REFERAT

Strabismusoperation: Auch bei alten Patienten sinnvoll

Am Stein Eye Institute der University of California in Los Angeles wurden in einer retrospektiven Studie die Daten von 165 Patienten revidiert, die zwischen 2014 und 2024 im Alter von durchschnittlich 83 (± 3) Jahren wegen einer Diplopie schieloperiert wurden. Die häufigste Diagnose war das Sagging-Eye-Syndrom, das 46 % der Fälle ausmachte. Die häufigste präoperative Abweichung war eine kombinierte Esotropie und Hyperotropie (30 %). Die Operation wurde bei 48 Patienten in Vollnarkose und bei

117 Patienten in Lokalanästhesie durchgeführt. Der durchschnittliche „Physical Status Classification Score“ der American Society of Anesthesiologists betrug $2,6 \pm 0,5$ (Bereich 1–4). Während der Anästhesie oder der Operation traten keine Komplikationen auf. Bei 124 Patienten (rund 75 %) verschwand die Diplopie nach der ersten Operation, bei 21 Patienten (rund 13 %) waren eine oder zwei weitere Operationen dazu notwendig. Insgesamt wurde die Diplopie bei 145 Patienten

(rund 88 %) operativ behoben. Die Autoren schließen aus diesen Ergebnissen: „Eine Strabismusoperation bei Patienten über 80 Jahren beseitigt die Diplopie und verbessert die binokulare Ausrichtung und Stereopsis ohne nennenswerte Komplikationen.“

Yehezkeili V, Pineles S, Demer J et al (2025) Strabismus surgery appears safe and effective in people aged 80 years and older. Am J Ophthalmol 272: 145–149

Altersbedingte Änderungen des Astigmatismus

– relevant für die IOL-Planung bei jüngeren Patienten

Die Implantation einer torischen Intraokularlinse ist eine hocheffektive Methode zum Ausgleich eines vorbestehenden Astigmatismus bei Kataraktpatienten. Allerdings ist der Astigmatismus kein fixer Parameter: eine Autorengruppe aus Thailand hat jetzt mit zunehmendem Lebensalter einhergehende Verschiebungen des anterioren, posterioren und totalen Astigmatismus dokumentiert. Insgesamt wurden 23.932 Augen mit anteriorem Astigmatismus und 9.546 Augen mit posteriorem Astigmatismus bzw. mit kornealem Gesamtastigmatismus mithilfe des IOL Master 700 analysiert.

Eine deutliche Verschiebung vom Astigmatismus mit der Regel zu einem Astigmatismus gegen die Regel wurde bei verschiedenen Altersgruppen beobachtet: Bei Patienten von 60–65 Jahren vor allem für den anterioren Astigmatismus, bei 75- bis 80-Jährigen für einen posterioren Astigmatismus und in der Altersgruppe von 55–65 Jahren schwerpunktmäßig für den kornealen Gesamtastigmatismus. Die Studienautoren unterstreichen, welche Bedeutung diese Ergebnisse bei der Operationsplanung haben – insbesondere bei Patienten, die jünger als 55 Jahre sind: „In der präoperativen

Beratung sollte auf mögliche langfristige Verschiebungen zu einem Astigmatismus gegen die Regel eingegangen werden. Diese können sich auf die Sehergebnisse von Patienten auswirken, die torische Intraokularlinsen (IOL) erhalten und die entlang anderer Achsen ausgerichtet sind. Die Berücksichtigung dieser Veränderungen in den Formeln für torische IOL kann die Ergebnisse für die Patienten verbessern.“

Pothikamjorn T et al (2025) Agerelated variations in anterior, posterior, and total corneal astigmatism. Clin Ophthalmol 19: 2595–2605

Dichoptische 3D-Filme zur Behandlung der intermittierenden Exotropie

In dieser maskierten, randomisierten Pilot-Studie wurden 41 Kinder im Alter von 3 bis 13 Jahren mit spontan auftretender intermittierender Exotropie (Triple Office Distance Control Score $\geq 3,00$; Mittelwert $3,64 \pm 0,72$) dazu angehalten, vier Wochen lang dichoptische 3D-Animationsfilme oder 2D-Plazebofilme (3 Filme/Woche, zirka 5 Stunden) anzusehen. Nach Abschluss ihrer Behandlung kehrten die Kinder zum Augenarzt zurück, dem nicht bekannt war, welche Filmart das Kind angesehen hatte. Nach vierwöchiger Behandlung ergab sich bei den Kindern der 3D-Filmgruppe eine signifikante Verbesserung des mittleren Triple Office Distance Control Scores ($1,39 \pm 1,00$; $P = 0,0002$; $n = 14$), bei der Plazebogruppe dagegen nicht

($0,62 \pm 1,36$; $P = 0,11$; $n = 14$). Bei der 3D-Gruppe bestand eine signifikant stärkere Verbesserung der Fernsicht als in der Plazebogruppe ($P = 0,049$), die Nahsicht, die Augenausrichtung und die Stereosehschärfe änderten sich jedoch in keiner der beiden Gruppen. Die Autoren ziehen aus der Studie den Schluss, dass die Behandlung mit dichoptischen 3D-Animationsfilmen zu Hause eine alternative nicht chirurgische Behandlungsmethode für die intermittierende Exotropie im Kindesalter darstellen könnte.

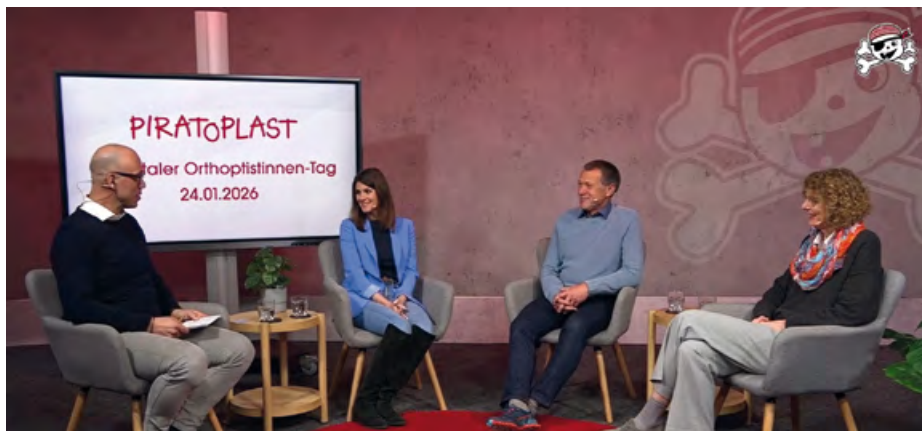
Jost R M, Kumar K, Dao LM et al (2025) A pilot, randomized clinical trial of dichoptic 3D movies versus dichoptic 2D movies for treatment of childhood intermittent exotropia. J Am Ass Pediatric Ophthalmol Strab 29: 104698

Lösung „Ortho-Quiz“ von Seite 10:

Großwinklige, konkomitante Esotropie nach dem 6. Lebensmonat.

Das normosensorische Spätschielen bezeichnet eine in der Regel großwinklige, konkomitante Esotropie (um 15 Grad Schielwinkel), die im Kindesalter akut einsetzt, nachdem ein normales Binokularsehen bereits etabliert ist. Dementsprechend liegt der Beginn immer nach dem 6. Lebensmonat.

Premiere bei Piratoplast: Der 1. Digitale Orthoptistinnen-Tag 2026



Angeregter Austausch im Rahmen der interdisziplinären Podiumsdiskussion: (v.l.n.r.) Ulf Lucas, Dr. Lydia Unterberger, Dr. med. Thomas Katlun, Ute Marxsen

Das Jahr 2026 startete mit einem neuen Veranstaltungsformat – am 24. Januar fand der 1. Digitale Orthoptistinnen-Tag statt und eröffnete neue Wege für fachlichen Austausch, Weiterbildung sowie Vernetzung im Bereich der Orthoptik und Sehentwicklung. Unabhängig vom räumlichen Standort, ohne weite Anreise und bequem von zu Hause aus, stieß das Angebot auf eine große Resonanz der Teilnehmenden. Das Programm gestaltete sich hochkarätig. Prof. Dr. med. Michael Schittkowski, Leiter des Bereichs Strabologie, Neuroophthalmologie und okuloplastische Chirurgie der Universitätsaugenklinik Göttingen, gab in der Keynote „Neue Perspektiven in der Myopieprophylaxe“ einen fundierten Überblick über aktuelle Studien, differenzierte Bewertungen des Atropineinsatzes sowie innovative refraktive Ansätze. Besonders seine praxisnahen Handlungsempfehlungen, die den Transfer wissenschaftlicher Erkenntnisse in den Praxis- und Klinikalltag erleichtern, wurden von den Teilnehmenden sehr geschätzt. Im Rahmen der interdisziplinären Podiumsdiskussion zum Thema „Visuelle Wahrnehmungsstörungen (CVI)“ trafen Ansätze und Erkenntnisse aus Neuro-

psychologie, Augenheilkunde und Orthoptik aufeinander. Dr. Lydia Unterberger, Dr. med. Thomas Katlun und Orthoptistin Ute Marxsen beleuchteten das Thema aus medizinischer, neuropsychologischer und therapeutischer Sicht. Während der kompletten Diskussion hatten die Teilnehmenden die Möglichkeit, sich aktiv mit Fragen einbringen, die dann in der Expertenrunde diskutiert wurden. Der zweite Part der Veranstaltung stand dann ganz im Sinne des Austauschs untereinander. In drei Workshops standen praxisnahe Themen im Mittelpunkt – von feinfühligem Kommunikation mit Kindern über die zentrale Rolle der Orthoptik im Myopiemanagement bis hin zum Erfahrungsaustausch für Auszubildende und Berufseinsteigende. Ergänzend boten kleine, private Austauschräume Raum für persönlichen Dialog und kollegiale Vernetzung. Der 1. Digitale Orthoptistinnen-Tag erwies sich als voller Erfolg: fachlich fundiert, interaktiv und nah an den Bedürfnissen der Teilnehmenden. Er zeigt, wie digitale Formate die orthoptische Gemeinschaft stärken und wertvolle Impulse für den Berufsalltag setzen können.

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

SCHRIFTFÜHRUNG:

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

Orthoptik trifft Sonderpädagogik: Interprofessioneller Austausch leicht gemacht

In der Begleitung von Kindern und Jugendlichen mit Sehbehinderung unterstützt ein klar strukturierter, einheitlicher Informationsbogen den Austausch zwischen Ophthalmologie, Orthoptik und Sonderpädagogik. So entsteht für Eltern von Kindern und Jugendlichen mit einer Sehbehinderung mehr Sicherheit in der Bewältigung ihrer häufig komplexen Fragen im Umgang mit der Einschränkung im Sehen.

Entstehung

Seit dem gemeinsamen Fachtag „Orthoptik trifft Sonderpädagogik/ Sonderpädagogik trifft Orthoptik“ an der Nikolauspflanze 2018 besteht in Baden-Württemberg ein umfänglicher interprofessioneller Austausch zwischen Ophthalmologie, Orthoptik und Sonderpädagogik. In diesem Zusammenhang entstand ein gemeinsames Produkt zur Professionalisierung des Austauschs,

der „Bogen zum Informationsaustausch Sonderpädagogik Förderschwerpunkt SEHEN/Augenärztliche Praxen/ Orthoptik“. Dieser wurde während des BOD-Kongresses im November 2024 in Köln und am Fachtag des VBS Baden-Württemberg im Februar 2025 in Stuttgart vorgestellt.

Handhabung

Der Informationsbogen kann sowohl in Augenarztpraxen als auch in sonderpädagogischen Einrichtungen im Förderschwerpunkt Sehen eingesetzt werden. Eine präzise Fragestellung für die adressierte Einrichtung wird aufgeführt. In einem weiteren Schritt werden die Befunde dokumentiert, die für den Austausch in Bezug auf das Kind/den Jugendlichen relevant sind. Der Bogen ist überarbeitet worden und liegt als digitale Variante im Wordformat und auch als Druckvorlage zum händischen Ausfüllen vor. Der Bogen

ist auf der Homepage des Verbandes für Blinden- und Sehbehindertenpädagogik e. V. hinterlegt und kann über folgenden QR-Code bezogen werden:



Korrespondenzadressen:

Ute Marxsen (Orthoptistin)
Augenärztliche Privatpraxis
Dr. Katlun, Dr. Stifter, Dr. Doniga
Grüne Meile 54
69115 Heidelberg

Katrin Vitt (Sehbehindertenpädagogin)
Abteilungsleitung
Sonderpädagogischer Dienst
der Schloss-Schule
Schloßstraße 23
68549 Ilvesheim

Erratum

Anmerkung zum Artikel: „Okklusionsbehandlung bei Amblyopie: Aktive Therapie als Ergänzung sinnvoll.“
Veröffentlicht unter der Rubrik „Referat“ in der Ausgabe 2 aus Oktober 2025.

Es wurde eine Übersetzung und Zusammenfassung eines Artikels von Sanchez I., Martin Gonzales S., Portela-Cambio JA (2025) Successful persistent strabismic amblyopia treatment using active therapy as an adjuvant to occlusion. J Optom 18: 100557 veröffentlicht, bei der versehentlich ein Fehler unterlaufen ist.

Bei der zitierten spanischen Studie wurden laut Originalartikel ausschließlich Probanden mit Strabismusamblyopie oder gemischter Strabismus-Refraktionsamblyopie zugelassen, nicht wie im Text angegeben auch Patienten mit organischen Veränderungen wie Verlegung der optischen Achse. Bei genauerer Durchsicht des Originaltextes fielen zudem eine Reihe von orthoptischen Ungereimtheiten der Studie auf. Obwohl Probanden mit organischen Veränderungen, parietischem Strabismus, kongenitalem Strabismus, Strabismus mit Höhenabweichungen und Nystagmus ausgeschlossen waren, fanden sich

17 Probanden mit einer exzentrischen Fixation, aber nur 8 Patienten mit einer anomalen Netzhautkorrespondenz. Die deutlichen Verbesserungen der Stereopsis bei diesem Patientengut ist mehr als fraglich. Es wurde die Okklusionstherapie als nicht nachhaltig kritisiert. Die Nachverfolgungszeit der Patienten in der erwähnten Studie wurde aber mit 6 Monaten angegeben. Die Studie weist leider keine Standards wie eine Kontrollgruppe oder Placebogruppe auf, sodass die Ergebnisse der Studie orthoptisch nicht wirklich gut verwertbar sind.

ONLINE-SEMINAR:

„Was? Wie? Wo?": Prozesse und Störungen der visuellen und auditiven Wahrnehmung



17. März 2026, 19:30 Uhr

Dr. Philipp Abelein

Akademischer Rat & Beratungs- und Supervisionsausbildung

In dem Online-Seminar werden neben einem fundierten Wissen, konkrete Handlungsstrategien und spezifische Maßnahmen vermittelt, die für medizinische Untersuchungssituationen mit Patientinnen und Patienten mit Wahrnehmungsstörungen von besonderer Relevanz sind.

Weitere **Informationen und die Anmeldung** finden Sie hier:



BUCHTIPP:

Das Zauberpflaster: Ein Mutmach-Bilderbuch über Amblyopie & die Okklusionstherapie von Carina Böck

Wir möchten euch ein liebevoll illustriertes Kinderbuch rund um Okklusion und das Leben mit Augenpflaster vorstellen. Entstanden von einer Mutter eines Kindes mit Amblyopie und Okklusionspflaster – für Kinder und für Eltern.



Für weitere Infos und Einblicke in das Buch – einfach den QR-Code scannen:



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

Termine

13.3.2026 Düsseldorf

BOD-Kurse im Rahmen der AAD

<https://orthoptik.de/kursplan/>

25.4.2026 Wien

IOA meets orthoptik austria

<https://www.orthoptik.at/events>

3.-7.5.2026 Denver, USA

Jahrestagung der Association for Research in Vision and Ophthalmology

<https://www.arvo.org/annual-meeting>

8.-9.5.2026 Tübingen

NO-RE Symposium

Neuro-Ophthalmology meets Vision

Rehabilitation Symposium

<https://www.medizin.uni-tuebingen.de/de/das-klinikum/veranstaltungs kalender/veranstaltung/4133>

5.-6.6.2026 Hamburg

75. Tagung der Vereinigung

Norddeutscher Augenärzte

<https://norddeutsche- augenaerzte.de/de/75-tagung-2026-76.html>

7.-13.6.2026 Scheidegg/Allgäu

49. Strabologische Seminarwoche

ssw.anselstetter@gmx.de

26.-27.6.2026 Bonn

Tagung der Gesellschaft für

Strabologie, Neuroophthalmologie

und Kinderophthalmologie

<https://www.gsnk.org/tagungen/geplante-tagungen>