



▲ Mit dem Leuchtturm im Gepäck: Das Team von MPG&E

„Der Erfolg der Anpassung hängt zum großen Teil mit der Einweisung in die Handhabung und von den Kommunikationsmitteln ab, die zur Information und zur Schulung der Kunden eingesetzt werden“, erklärt er und sensibilisierte für die kleinen Momente des Alltags eines Kontaktlinsenanpassers, die es zu beachten gilt. Denn damit kann die Drop-out-Rate verringert werden.

So ist es für ihn zum Beispiel selbstverständlich, dass das Handling an einem ruhigen Ort erlernt wird. Für seine Kunden hat Seira unterschiedliche Leitfäden geschrieben, die ihnen die Handhabung von Kontaktlinsen erleichtern und Sicherheit vermitteln. Auch Checklisten gehören für ihn dazu, damit der Kunde zu Hause keinen Punkt vergisst. So gibt es bei ihm zum Beispiel eine Anleitung für das Aufsetzen von Kontaktlinsen, das 26 Schritte umfasst, während das Absetzen 22 Schritte beinhaltet. Damit hat er die Einweisungen und die Handhabung optimiert.

Die Bedeutung der Nachkontrollen ist für Philippe Seira ebenfalls ein großes Thema. Es ist unumgänglich, dem Kunden zu verdeutlichen, wie wichtig Nachkontrollen sind und dass diese eine Leistung darstellen, die bezahlt werden muss. Dies kann allerdings nur der Fall sein, wenn sie professionell durchgeführt wird. So gehören zum Beispiel das Prüfen des Behälters, des Saugers und der Linsenränder in jedem Fall dazu.

Er hat das sogenannte SOAP-Schema für die Nachkontrolle zusammengestellt. SOAP steht für vier Schritte bei der Nachkontrolle: subjektives Befinden des Kontaktlinsenträgers, objektive Erfassung der Befunde durch den Anpasser, Analyse der subjektiven Symptome und der objektiven Befunde und ein Plan für das weitere Vorgehen.

Auch für den Verkauf von Kontaktlinsen und Pflegemitteln gab er Tipps und Tricks, die bedeutend für die Kundenbindung sind und den Anpasser vor Ort vom Internethandel unterscheiden.

Ebenfalls muss darauf hingewiesen werden, wie Kontaktlinsen zu entsorgen sind. Seira forderte seine Zuhörer auf, sich ihre Dienstleistung bezahlen zu lassen. Vor allem, professionell, visuell, auditiv und attraktiv zu sein, zu kommunizieren und sich nur selbst zu vertrauen.

Den Workshop „Der neue TFOS DEWS III: Methodik zur Beurteilung des Trockenen Auges“ leitete **Stefan Bandlitz**. Er ist unter anderem Direktor der Höheren Fachschule für Augenoptik und Optometrie in Köln. Zu seinen aktuellen Forschungsgebieten gehören Kontaktlinsenversorgungen, Anatomie und Physiologie des vorderen Auges, bildgebende Verfahren sowie Veränderungen der Augenoberfläche und des Tränenfilms.

Dry Eye ist längst keine Befindlichkeitsstörung mehr. Der Einfluss des trockenen Auges auf die Lebensqualität ist vergleichbar mit einer mittelstarken Angina (Schiffmann et al. 2003), in schweren Fällen sogar mit einer Dialyse (Buchholz et al. 2006). Der jährliche Produktivitätsverlust wird auf 6160 Dollar pro Bildschirmarbeitsplatz geschätzt (Uchino et al. 2014). Es spielt dabei auch eine Rolle, welche Diagnosekriterien und welche Gruppe untersucht wird. Kontaktlinsenträger weisen eine höhere Prävalenz auf.

Kunden leiden und der Augenoptiker und Optometrist sind für sie der erste Ansprechpartner, um Abhilfe zu schaffen.

Die TFOS hat eine einheitliche Vorgehensweise entwickelt. Sie steht für die Tear Film and Ocular Surface Society und ist eine gemeinnützige Organisation, die weltweit führend in der Aufklärung und Forschung zum Thema Tränenfilm und Augenoberfläche ist. Ihre Mission ist es, die Augengesundheit zu fördern, indem sie Wissenschaftler, Kliniker und Industrie zusammenbringt, um Innovationen voranzutreiben und das Verständnis für Erkrankungen der Augenoberfläche zu verbessern.

Seit 2007 ist der TFOS DEWS III Standard und umfasst drei Berichte:

keiten. Damit gelte es in der Kontaktlinsenanpassung umzugehen.

Ebenfalls wurde Dry Eye nach LASIK von ihm aufgegriffen. Denn 70 Prozent der operierten Kunden haben Symptome und die Goblets-Zellen sind durch den Druck des Microtom-Aufsatzes verletzt.

Daran anschließend erläuterte Gustav Pöltner den Ablauf einer Keratoplastik-Anpassung im Detail, die mit einer Kontaktlinse mit oblonger Geometrie und größerem Durchmesser durchgeführt wurde.

Es folgten seine Ausführungen zu Sklerallinsen. Pöltner ist ein Freund von Ventilationsbohrungen in Sklerallinsen, was er anschaulich darstellte. Für ihn ist die Versorgung mit Sklerallinsen die letzte Option, wenn es mit Korneallinsen nicht mehr funktioniert.

Abschließend gab er noch Tipps für eine Kontaktlinsenanpassung auf einer oblongen Hornhaut. Hier gilt es pseudoflach, von innen nach außen anzupassen, Gleichlauf anzustreben und wenn es der Tränenfilm erlaubt, große Durchmesser zu wählen.

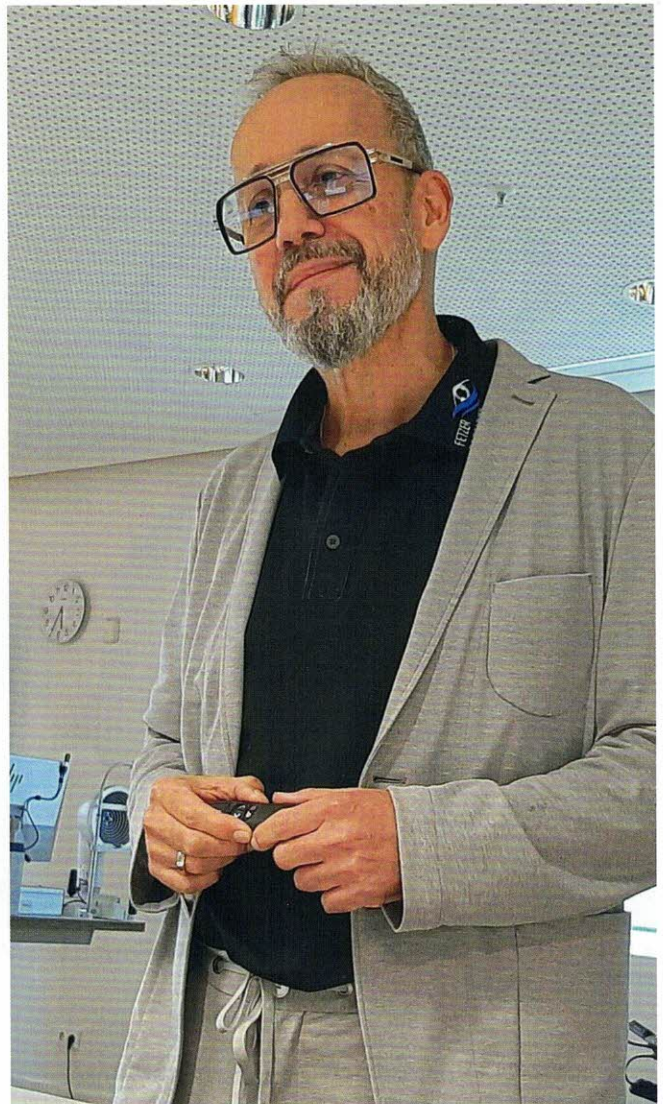
Carolyn Truckenbrod hat sich dem Thema „Atropin zur Myopieprävention – Wirklich ohne Nebenwirkungen?“ gewidmet. Mit einem Tropfen niedrig dosiertem Atropin pro Tag die Myopie aufhalten. Das hört sich nach einem einfachen Verfahren an, das kaum Nebenwirkungen aufweist. Ein Lehrspruch der Pharmazie besagt jedoch: Keine Wirkung ohne Nebenwirkung. Eine dieser Nebenwirkungen lässt sich sogar durch ein optometrisches Messverfahren aufzeigen. Durch die Wirkung auf die Akkommodationsfähigkeit, kann sich der AC/A-Quotient ändern und es kann in Einzelfällen sogar eine Schielstellung hervorgerufen werden.

Da die Gabe von Atropin von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen wird, kann es sein, dass sich mehr Ärzte und Eltern eher für die Gabe von Atropin entscheiden und sich über andere Optionen und die Nebenwirkungen der Behandlung nicht informieren, denn Alternativen wie defokussierende Brillengläser und Kontaktlinsen werden nicht von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen und 0,01 % Atropin ist nun auch als Fertigarzneimittel verfügbar.

Carolyn Truckenbrod erläuterte anhand einiger Fallbeispiele aus ihrem Arbeitsalltag, dass Atropin die Akkommodation beeinflusst. Zudem war bei 23,4 % eine Photophobie zu beobachten, zu Augenreizungen kam es bei 9,9 % und zu verschwommenen Sehen bei 7,8 % der beobachteten Kinder. Das Konservierungsmittel Benzalkoniumchlorid kann zudem zu trockenen Augen führen.

Truckenbrod ging im Detail auf den AC/A-Quotienten ein und erläuterte Zusammenhänge, die bei der Anwendung von Atropin zu beobachten waren. Sie schilderte einen Fall aus einer Augenklinik in Baltimore, bei dem bei der Anwendung von Atropin eine Esotropie entstand, die auch nach Beenden der Therapie nicht verschwand. Hier war ihre Empfehlung, bei einer erhöhten Atropindosis ab 0,05 % zusätzlich eine Nahaddition zu verordnen und nicht ohne Brille zu lesen, wenn die Myopie größer als die Addition ist.

Bei einem Fall eines Jungen aus Miami wurde statt 0,01 % Atropin 1 % Atropin abgegeben. Hier war ein stark erhöhter AC/A-Quotient zu bemerken. Die Esotropie von 45 pdpt blieb auch nach Absetzen des Atropin. Trotz Sehfunktionstraining blieben 12 pdpt. Bei Kindern mit Esophorien wird daher empfohlen, auch niedrig dosiertes Atropin nur sehr vorsichtig einzusetzen.



▲ Robert Fetzer ist die gesunde Kontaktlinsenanpassung wichtig.

Zusätzlich sollten Multifokallgläser zum Einsatz kommen, um akkommodative Konvergenz zu vermeiden.

Truckenbrod erläuterte zum Abschluss, dass bei allen beschriebenen Fällen ein Anstieg der Myopie trotz Atropinbehandlung der Fall war. Ihre Hypothese daraus war, dass die Wirkung von Atropin bei Kindern mit Nahesophorien verringert ist. Doch es sind weitere Studien zur Auswahl der optimalen Patientengruppe für Atropin zur Myopiebehandlung notwendig. Eine nähere Betrachtung des AC/A-Quotienten scheint deshalb sinnvoll.

Sie wies darauf hin, dass für die Verordnung von Atropin keine Prüfung auf Achs- oder Brechkraftmyopie erfolgen muss. Zudem muss nicht geprüft werden, ob Akkommodation und Konvergenz funktionieren und ob Phorien vorhanden sind.

Dabei wäre es wichtig, die Ausgangslage genau zu bestimmen, bevor Atropin zur Anwendung kommt. Dazu braucht es die Refraktion, die Messung der Achslänge, die Konvergenz, die Messung des AC/A-Quotienten und die Prüfung auf Phorien. Ebenso muss festgestellt werden, ob ein Trockenes Auge vorliegt.



◀ Stefan und Tim Schwarz als Dreamteam mit fundierten Einblicken in die Sklerallinsen-Anpassung

Carolyn Truckenbrod verabschiedete sich mit der Schlussfrage: „Die Krankenkassen übernehmen nur die Kosten von Atropin. Aber ist das immer die beste Option bei progressiver Myopie?“

„The Art & Science of Scleral Lenses – Part 2“ von Eef van der Worp, PhD, folgte am Sonntagvormittag. Der Optometrist, Pädagoge und Autor leitet die Forschungs- und Bildungsberatung „Eye-Contact-Lens“ mit Sitz in Amsterdam (NL) und ist als außerordentlicher Professor am Pacific University College of Optometry (Oregon, USA) und am University of Montreal College of Optometry (CA) tätig.

Nachdem es im ersten Teil vom Freitag darum ging, was die Popularität von Sklerallinsen verursacht hat und wo Deutschland und Europa stehen, tauchte er in seinem zweiten Teil in die Welt der Sauerstoffzufuhr zur Hornhaut unter der Sklerallinse ein.

Denn während in einigen Teilen der Welt die Anpassung von Sklerallinsen schon fast zum Standard geworden ist, bleiben trotzdem noch einige Fragen offen. Van der Worp erläuterte, was es aus evidenzbasierter Sicht Neues zu diesem Thema gibt. Eef van der Worp erläuterte Details zur Wirkungsweise, die die Dicke des Flüssigkeitsreservoirs auf die Hornhaut hat, und die Auswirkungen in der Praxis. Hier bietet der CLEAR-Report nützliche Hinweise. Die empfohlene Dicke des zentralen Flüssigkeitsreservoirs variiert je nach Linsenhersteller zwischen etwa 300 µ und 500 µ unmittelbar nach dem Aufbringen und 100 µ bis 300 µ nach dem Absetzen.

Er stellte Studien zum Sklerallinsenödem vor und zeigte anschauliche Folien aus seiner Anpasspraxis. Van der Worp fasste zusammen, dass das Tragen von hoch sauerstoffdurchlässigen Sklerallinsen bei Augen nach einer RK-Operation ein zentrales Hornhautödem hervorruft, dessen Ausmaß vom Hornhautzentrum und der ungefähren Stelle der Hornhautschnitte aus weiter zunimmt.

Er ging detailliert auf Komplikationen ein, die beim Tragen von Sklerallinsen auftreten können. Dennoch stimmte er nicht mit Gustav Pöltner überein, denn mit Sklerallinsen könne eine Viel-

zahl von Kontaktlinsenträgern versorgt werden. Anpasser gehen, so van der Worp, mit der Anpassung von Sklerallinsen die Extrameile und mit der Anpassung von Ortho-K-Kontaktlinsen gebe es deutlich mehr Probleme. „It's a good way fitting lenses“, schloss Eef van der Worp seinen Vortrag.



▲ Moderator Maarten Hobé (links) mit den Referenten Martin Kündig und Daniela Nosch