



Kindliches Schielen

Eine Informationsbroschüre für Patienten

Praxis Prof. Neuhann und Kollegen

Prof. Dr. med. Thomas Neuhann
Dr. med. Gabriele Heufelder
Dr. med. Ellen Haindl-Mairhofer
Dr. med. Heidrun Waltrich
Dr. med. Dorothea Metzger
Dr. med. Carl Clemente

Helene-Weber-Allee 19
80637 München

Liebe Eltern

Bei etwa 4 - 5 Millionen Mitbürgern - d.i. etwa 5-7 % der Bevölkerung, etwa 5% der Kinder – besteht eine der Formen des Schielens.

„Schieler“ leiden nicht nur unter der äußerlich sichtbaren Abweichung, die sie gelegentlich als geradezu entstellend empfinden: Noch belastender sind die mit dem Schielen verbundenen Sehstörungen

Viele davon sind aber vermeidbar, wenigstens behandelbar.

Wir haben diese Informationen für Sie zusammengestellt, damit Sie als Eltern verstehen und wissen

- Dass das Schielen nicht nur ein „Schönheitsfehler“, schon gar nicht ein „niedlicher Silberblick“, ist, sondern eine ernstzunehmende Augenerkrankung, die womöglich zu erheblichen Verschlechterungen des Sehvermögens auf Dauer führen kann,
- dass rechtzeitige Erkennung Voraussetzung für Vorbeugung von Komplikationen und wirksame Behandlung ist
- dass Vorbeugung und Behandlung Ihre – und natürlich Ihres Kindes – verständige Kooperation mit uns Augenärzten erfordert
- dass der lange Weg und alle Mühsal sich lohnen – und dass es ohne nicht geht

Denn: Nur was man versteht, kann man akzeptieren, nur was man verständig akzeptiert hat, kann man umsetzen. Dazu möchten wir helfen.

Mit freundlichen Grüßen
Ihre Augenärzte

WAS IST, WAS BEDEUTET „SCHIELEN“ ?

Von Schielen – der Fachausdruck ist Strabismus – spricht man, wenn die Blickrichtungen der beiden Augen nicht zu jeder Zeit auf das gleiche Objekt ausgerichtet sind.

Die Folge ist zunächst Doppelt-Sehen und die daraus entstehende Orientierungs-Verwirrung. Erwachsene sehen doppelt, solange sie schielen (und auf beiden Augen verwertbares Sehvermögen haben)

Kinder in der noch „bildbaren“ („plastischen“) Phase der Entwicklung ihres Sehvermögens (grob bis etwa zum 6 Lebensjahr) antworten auf das Doppeltsehen (Diplopie) mit einer Unterdrückung des Seheindrucks des von der beabsichtigten Sehrichtung abweichenden Auges im Gehirn. Dies führt zum Verlust des normalen beidäugig gemeinsamen und damit räumlichen (dreidimensionalen Stereo-) Sehens und kann zu einer erheblichen, später nicht mehr umkehrbaren, Verschlechterung des Sehvermögens (Schwachsichtigkeit, Amblyopie) des schielenden Auges führen

Schielen ist deshalb nicht nur ein Schönheitsfehler, sondern meist eine erhebliche Sehbehinderung.

Je früher das Schielen im Leben des Kindes auftritt, je später es vom Augenarzt behandelt werden kann, desto schwerer wird die Sehbehinderung. Mit Beginn des Schulalters sinken die Erfolgchancen der Behandlung erheblich.

Schielen bei Babys und Kleinkindern muss deshalb möglichst früh erkannt und behandelt werden

Warum ist das so?

Um dies verstehen, muss man sich kurz mit der Entwicklung des Sehens und der Zusammenarbeit der beiden Augen beim Neugeborenen und Kleinkind beschäftigen.

WIE SICH SEHSCHÄRFE UND BEIDÄUGIGES SEHEN ENTWICKELN

Entwicklung der Sehschärfe:

Babys können schon kurz nach der Geburt mit ihren Augen ihre Umwelt wahrnehmen - allerdings zunächst nur sehr undeutlich. Die Sehschärfe entwickelt sich nach der Geburt stürmisch: Dazu steht lediglich ein begrenzter Zeitraum zur Verfügung: Der rascheste Entwicklungsfortschritt geschieht in den ersten 6-8 Lebensmonaten, dann bis zum 2. Lebensjahr, zu dem das Auge weitgehend „ausgewachsen“ ist. Danach erfolgt die langsame „Perfektion“. Mit Schulbeginn ist die "Lernfähigkeit" der Augen praktisch abgeschlossen. In dieser Zeit wird Sehen nicht nur gelernt, es kann auch wieder „verlernt“ werden: Um Sehen zu lernen, muss ständig ein brauchbares Bild vom Auge ans Gehirn gesandt werden. Kann ein Auge das nicht, verlernt es das Sehen wieder. Das Verlernen geht im Prinzip genauso schnell, wie das Lernen: Je jünger, umso schneller, je älter umso langsamer.

Entwicklung des beidäugigen und räumlichen („Stereo-“) Sehens

Damit wir die Tiefe des Raumes um uns richtig wahrnehmen können (räumliches, Tiefen- oder Stereo-Sehen, Stereopsis), muss jedes unserer beiden Augen dem Gehirn ein so weitgehend übereinstimmendes Bild der gesamten Umgebung übermitteln, dass es die beiden Bilder zu einem einzigen dreidimensionalen Bild verschmelzen kann, Diese Fähigkeit zur Verschmelzung der Bilder der beiden Augen (Fusion) ist eine anspruchsvolle Leistung des Gehirns: Sie bewirkt ständig eine so feine Ansteuerung der je sechs Augenmuskeln der beiden Augen, dass die dafür notwendige gleiche Ausrichtung der Sehachsen zu jedem Moment erhalten bleibt.

Sowohl die Fusion, wie die dreidimensionale Wahrnehmung, werden in der Entwicklung des Sehvermögens ebenso erst nach der Geburt erlernt, wie oben für die volle Sehschärfe beschrieben.

Gelingt die Ausrichtung der Sehachsen auf das gleiche Objekt nicht, schielt man also, sieht man alles doppelt.

Während der Lernphase kann nun das kindliche Gehirn sich gegen diese störenden Doppelbilder wehren: Es unterdrückt einfach das Bild desjenigen Auges welches in die nicht angestrebte Richtung schaut.

Damit ist zwar das störende Doppeltsehen behoben – das Gehirn verlernt nun aber auch wieder die Verschmelzung der beiden Bilder und das Sehvermögen auf dem unterdrückten Auge.

Für Lernen und Verlernen der Fusion und der Stereopsis gelten also im Wesentlichen die gleichen Gesetze, wie für die Sehschärfe.

Was man also – grob gesagt – bis zum Schuleintritt an Sehschärfe und dreidimensionalem Sehen entwickelt hat, bleibt einem lebenslang – was man nicht gelernt hat, kann man später auch nicht mehr nachholen.

WARUM UND WIE BEDROHT SCHIELEN DAS SEHVERMÖGEN ?

Aus dem normalen Entwicklungsgang des Sehvermögens in all seinen Aspekten und seinen Voraussetzungen ergibt sich fast logisch, zu welchen Folgen Schielen beim Kind führt:

Für das Augenpaar in seiner Zusammenarbeit ist der

Verlust des beidäugigen und damit des räumlichen Sehens

die wesentliche Folge des Schielens, die ursprüngliche Doppelbild-Wahrnehmung, wird im Kindesalter vom Gehirn sofort unterdrückt, sobald die Abweichung vom „Verschmelzungswillen“ der Fusion trotz aller Bemühung nicht überwunden werden kann: Nur ältere Kinder bemerken sie bei spätem Schieleintritt ([normosensorisches Spätschielen](#)) für kurze Zeit – oft nur auf gezieltes Nachfragen.

Nur in der plastischen Phase ist die Unterdrückung eines Doppelbildes möglich – aber auch unvermeidbar.

Wird das Bild des abgewichenen Auges aber unterdrückt, gibt es nichts zu fusionieren – aber auch keine Gelegenheit, Fusion und Stereopsis zu erlernen und zu festigen - schon erlernte Fusion wird sogar wieder verlernt.

Für das abgewichene Auge selbst ist der

Verlust der Sehschärfe (Amblyopie, Schwachsichtigkeit)

die besonders schwerwiegende Folge der Unterdrückung seines – vom Gehirn als doppelt empfundenen – Bildes: Die Unterdrückung des Bildes verhindert die Entwicklung der vollen Sehschärfe auf dem Auge, dessen Bild im Gehirn unterdrückt wird:

Zusammenfassung:

Das Schielen hat also zwei wesentliche Folgen für das Sehvermögen:

- den Verlust der Sehschärfe auf dem abgewichenen Auge selbst (Amblyopie oder Schwachsichtigkeit)
- den Verlust des beidäugigen und damit dreidimensionalen Sehens für das Augenpaar (funktionelle Einäugigkeit)

Beide Folgen können nur im Kindesalter

- entstehen – je früher, umso nachhaltiger
- verhindert / behandelt werden – je früher, umso besser

WELCHE FORMEN DES SCHIELENS GIBT ES

Der Augenarzt unterscheidet ganz grundsätzlich zwischen

- Lähmungsschielen
- Latentes Schielen
- Kindliches Begleitschielen

Lähmungsschielen

Kommt, wie der Name ausdrückt, von der Lähmung eines oder mehrerer Augenmuskeln. Es kommt im Kindesalter nur selten vor. Die Behandlung richtet sich nach Ursache und Ausmaß im Einzelfall und hat – wie immer beim Kind - als oberstes Ziel, den Verlust des beidäugigen Sehens und die Entwicklung einer Schwachsichtigkeit (Amblyopie) zu verhindern. Diese Form wird hier nicht weiter speziell besprochen: Die Folgen für die Sehfunktion sind dieselben, wie für die anderen Formen ausgeführt – die besonderen Aspekte des Lähmungsschielens müssen für den je individuellen Fall besprochen werden.

Latentes Schielen

Heißt so, weil es „verborgen“ (Latent) ist und nur unter bestimmten Bedingungen zum Vorschein kommt, manifest wird. Solche Umstände sind etwa geringe Aufmerksamkeit und Konzentration, Müdigkeit, Abdecken eines Auges u.a. Auch dem Doppeltsehen nach zu reichlichem Alkoholgenuß liegt meist ein sonst latentes Schielen zugrunde.

Unter „normalen“ Umständen kann das Gehirn die im entspannten Zustand bestehende Schielstellung überwinden, indem es durch entsprechende Befehle an die Augenmuskeln die beiden Augen auf das gleiche Objekt ausrichtet, so dass die Bilder beider Augen verschmolzen werden können: Das latente Schielen ist kompensiert. Für diese Kompensation ist aktive Gehirnleistung, „Anstrengung“, erforderlich. Sinkt die „Leistungskraft“ des Gehirns durch Müdigkeit, Betäubung oder auch einfach nur durch sinkende Aufmerksamkeit, oder entfällt der Anreiz zur aktiven Kompensation, etwa weil ein Auge verdeckt ist, so gleiten die Augen in ihre – schielende – Ruhestellung zurück: Oft berichten Eltern, das Kind schiele normalerweise nicht, aber „wenn es träumt, rutscht das eine Auge weg“.

Für diese Schielform gilt:

- Jedenfalls muss eine Fehlsichtigkeit ausgeglichen werden, wenn sie mehr als nur geringfügig ist.
- Tritt das Schielen so häufig auf, dass eine Amblyopie und Verlust der Beidäugigkeit eintreten, so muss es behandelt werden, wie im Folgenden für das Begleitschielen ausgeführt.
- Sehen beide Augen gleich gut und ist in den nicht schielenden Phasen räumliches Sehen nachweisbar, muss man nur behandeln, wenn das Kind Beschwerden wie Kopfschmerzen, Leseunlust, Augenbrennen hat. Dann kommen im Wesentlichen Übungsbehandlungen und eine Schieloperation – bei größeren Abweichungen – in Frage

Kindliches Begleitschielen

Diese Schielform betrifft das eigentliche „Schielkind“. Sie ist eine Störung der Augenausrichtung, für die wir zwar Teilursachen kennen (oder zu kennen meinen), aber nicht die eigentliche Grundursache, wenn wir dafür auch einige gut begründete Vermutungen haben.

Das kindliche Begleitschielen hat der berühmte schweizerische Augenarzt Professor Josef Lang nach ganz praktischen, für die Behandlung und Prognose wichtigen, Gesichtspunkten in vier Untergruppen unterteilt. Diese Einteilung verbindet – in selten glücklicher Weise – wissenschaftliche Sinnhaftigkeit mit ganz praktischer Bedeutung für die betroffenen Kinder: Sie weist nämlich auf, wo das Durchstehen mühseliger, langwieriger und auch belastender Behandlung Sinn und Erfolg verspricht und wo man Kinder, nur aus theoretischen Erwägungen, nicht unnötig quälen soll.

- Kongenitales Schiel-Syndrom
- Mikro-Strabismus
- (Teil-) akkommodatives Schielen
- Normosensorisches Spätschielen

Wir werden später sehen, welche praktische Bedeutung die Einordnung in die einzelnen Untergruppen hat.

Daneben gibt es die Bezeichnungen für die unterschiedlichen Erscheinungsformen des Schielens: Einwärts-, Auswärts-, Höhen-Schielen und Verrollungsschielen.

WIE ENTSTEHT SCHIELEN ?

Schielen hat viele mögliche Ursachen. Manche kennen wir, von manchen nehmen wir mit guten Gründen einen zumindest fördernden Beitrag zum Schielen an, manche meinen wir zu kennen oder haben einen Verdacht.

Die wesentlichen Ursachen, den Urgrund des kindlichen Begleitschielens aber kennen wir nicht. Dazu wissen wir immer noch viel zu wenig von den komplizierten Hirnvorgängen beim gemeinsamen beidäugigen Sehen und der Verarbeitung der entsprechenden Sinneseindrücke.

Hier sind einige bekannte Ursachen-Mosaiksteinchen.

Erblichkeit

Die Tatsache, dass Schielen in manchen Familien gehäuft auftritt, lässt darauf schließen, dass zumindest die Veranlagung erblich sein kann. Deshalb sollte, wenn ein Elternteil schielt oder gegen Schielen behandelt wurde, das Kind schon im ersten Lebensjahr dem Augenarzt vorgestellt werden. Oft bleibt die Fehlstellung aber ein Einzelfall in der Familie, von dem Jungen wie Mädchen gleichermaßen betroffen sein können.

Schwangerschaftseinflüsse und Geburtstrauma

Auch Einflüsse, die während der Schwangerschaft oder Geburt auftreten, können Schielen bewirken.

Höhere Fehlsichtigkeiten, insbesondere die Weitsichtigkeit und insbesondere, wenn sie seiten-ungleich ist, fördern die Entstehung des Schielens

Einseitige Augenveränderungen

Wie z.B. angeborene seitenungleiche Fehlsichtigkeiten, winzige Augenmuskelveränderungen, -Lähmungen oder –Fehlinnervationen einseitige Linsentrübungen, Tumore im Auge oder Verletzungen, die als solche zunächst unbemerkt bleiben.

Ein ursprünglich latentes Schielen kann manchmal plötzlich in ein dauerhaftes manifestes Schielen umschlagen. Dies wird z.B. manchmal nach einer schwerer verlaufenen Kinderkrankheit berichtet.

WIE KANN SCHIELEN FRÜH-/RECHTZEITIG ENTDECKT WERDEN ?

Kein Problem für die rechtzeitige Erkennung gibt es üblicherweise bei stärkerem, auffallendem Schielen: Die offensichtliche Fehlstellung wird von Eltern und Kinderärzten ohne Verzögerung bemerkt und führt zur Vorstellung beim Augenarzt. Leider ist aber auch die Meinung „das verwächst sich schon noch“ immer noch nicht ganz „ausgerottet“, deshalb muss ganz klar und unmissverständlich gesagt werden:

*Schielen verwächst sich nie.
Es muss immer sofort in augenärztliche Betreuung kommen
IMMER!!*

Viel problematischer ist die frühzeitige Entdeckung der Schielformen, die nur eine ganz geringe Abweichung haben, welche äußerlich nicht auffällt: Man spricht von Mikroschielen. Hier kommt es unbemerkt zur Schwachsichtigkeit und zum Verlust des räumlichen Sehens – es fällt dann oft erst bei der Schuluntersuchung auf und kann dann oft nicht mehr oder nur noch teilweise verbessert werden.

Auf solche Schielformen können einige „Indizien“ hinweisen (Lichtempfindlichkeit, Augentränen, Zukneifen eines Auges, Verstimmung oder Reizbarkeit, chronische Lidrandentzündung, schiefe Kopfhaltung und ungeschickte Bewegungen sind solche möglichen Hinweise, die sicherheitshalber ein guter Grund für eine Vorstellung beim Augenarzt sind); das Fehlen solcher Indizien ist aber leider keine Gewähr, dass alles in Ordnung ist.

Wirklich sicher kann man nur durch eine Vorsorgeuntersuchung beim Augenarzt sein. (Die üblichen kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen U1 bis U8 entdecken trotz aller Sorgfalt der Kinderärzte viele solcher Schielkinder nicht oder sehr/zu spät)

Wir Augenärzte empfehlen deshalb:

*Eine Vorsorgeuntersuchung durch den Augenarzt
bei jedem Kind mit etwa 2 Jahren*

AB WANN KANN, AB WANN SOLL MAN KINDER AUF SCHIELEN UNTERSUCHEN

Mit Geduld und Erfahrung kann man auch kleinste Kinder, selbst Neugeborene untersuchen. Natürlich kann man noch nicht alle Untersuchungen machen, insbesondere diejenigen, bei denen die Mitarbeit des Kindes erforderlich ist. Die wichtigsten Befunde kann man aber jedenfalls erheben, namentlich ob Schielen besteht oder nicht.

*„So kleine Kinder kann man noch nicht richtig untersuchen“
darf man nie akzeptieren!*

Im ersten Lebens-Halbjahr spielt sich die Zusammenarbeit der Augen erst ein. Wenn in diesen ersten Monaten die Blickrichtung der beiden Augen noch manchmal „entgleist“, ist dies noch kein Grund zur Sorge.

Dauerndes offensichtliches Schielen ist aber auch so früh niemals „noch normal“ und sollte sofort zur Untersuchung durch den Augenarzt führen.

Nach dem 6. Monat sollte sich die Zusammenarbeit gefestigt haben, auch nur zeitweise Abweichung eines Auges, gar dauerndes Schielen erfordert die umgehende augenärztliche Untersuchung.

WAS IST PSEUDO-SCHIELEN ?

Beim Kleinkind ist der Nasenrücken noch nicht voll ausgeprägt. Die Babynase, zusammen mit einer kleinen Hautfalte im inneren Lidwinkel kann den Eindruck einer Schielstellung bewirken, das Schielen „vortäuschen“.

Der Augenarzt dann dies mit einem kleinen Trick zuverlässig von wirklichem Schielen unterscheiden. Deshalb:

Im Zweifel zur Untersuchung gehen

WAS IST DIE SEHSCHULE ?

Unter der „Sehschule“ versteht man heute ganz allgemein die Spezialabteilung einer Augenarztpraxis oder Augenklinik für die Untersuchung und Behandlung aller Schielprobleme. Der Augenarzt wird dabei von Mitarbeiterinnen mit einer speziellen und anspruchsvollen Berufsausbildung eigens hierfür unterstützt, den OrthoptistInnen.

Mehr dazu? www.orthoptistinnen.de

Der Name kommt daher, dass früher in großem Umfang Übungsbehandlungen („Schulungen“) zur Wiedergewinnung des beidäugigen und räumlichen Sehens durchgeführt wurden: Die Überlegungen, die diesen Schulungen zugrunde lagen, waren sehr klug und raffiniert – leider haben sie aber praktisch die in sie gesetzten Hoffnungen nicht erfüllen können.

Heute haben Schulungsbehandlungen nur noch in ganz seltenen Einzelfällen eine sinnvolle Anwendung.

WAS WIRD BEIM SCHIELEN UNTERSUCHT ?

Grundsätzlich wird zunächst immer eine vollständige Untersuchung beider Augen durchgeführt mit Sehschärfenprüfung, Untersuchung der vorderen Abschnitte des Auges und Spiegelung des Augenhintergrundes.

Spezielle Untersuchungen zur Abklärung des Schielens beim Kind sind:

- Die Augenstellung, insbesondere den Schielwinkel
- Die Beweglichkeit der Augen
- Die beidäugige Zusammenarbeit und das räumliche Sehen
- Die Messung der Brechkraft unter Lähmung der Naheinstellung durch Atropin- bzw. atropinähnliche Augentropfen

WIE WIRD SCHIELEN BEHANDELT ?

Schielen und Brille

Häufig ist eine Fehlsichtigkeit – zumeist eine stärkere Übersichtigkeit – Ursache oder verstärkende Teilursache des Schielens. Deshalb muss jedes Schielkind als erste Maßnahme die richtige Brille verordnet bekommen und dauernd tragen.

Damit der richtige Wert gemessen werden kann, muss man vorher Augentropfen anwenden, die den innere Augenmuskel durch Augentropfen lähmen und zusätzlich auch die Pupille erweitern

Die Brille muss getragen werden, damit der Fehlsichtigkeits-Einfluss auf die Schielstellung ausgeschaltet wird. Deshalb ist sie auch dann nötig, wenn die Kinder auch ohne Brille recht

gut sehen, oder gar erst eine Zeit der Gewöhnung benötigen, bis sie mit der Brille gut sehen: Daraus darf nie geschlossen werden, dass die Brille dann ja offenbar überflüssig wäre.

Amblyopiebehandlung und -Vorsorge

Die Verhinderung bzw. Behandlung der Amblyopie, (Schwachsichtigkeit,) muss höchsten Vorrang haben: Je früher dies geschieht, umso besser ist der Erfolg, wie wir gesehen haben.

Die **Okklusion** des guten Auges, durch Zukleben mit einem Pflaster, ist die beste und wirksamste Behandlungsmethode: Sie verhindert die Unterdrückung seines Bildes durch das Gehirn (weil ja jetzt keine Verwirrung durch ein Doppelbild mehr entstehen kann und „zwingt“ damit das schielende Auge zu sehen.

Diese Behandlung ist also wie eine Trainings Behandlung.

Damit durch das Zukleben das gute Auge nicht seinerseits allmählich amblyop wird, muss es zwischendurch immer wieder freigegeben werden. In welchem Rhythmus die Augen verklebt werden, entscheidet der Augenarzt nach dem Erfolgsfortschritt.

Manchmal wird die Pflasterbehandlung nicht vertragen. In diesen Fällen können Tropfenbehandlungen angeordnet werden, die aber eigentlich immer nur die zweitbeste Lösung sind.

Die Amblyopievorsorge und -behandlung muss meist über Jahre bis ins Wachstumsalter hinein zusätzlich zur Brille und auch nach erfolgreicher Operation fortgesetzt werden. Bei Schulkindern kann meist der Verschluss eines Brillenglases das Hautpflaster ersetzen

Die wichtigste Voraussetzung für den Erfolg der Amblyopiebehandlung ist das sorgsame Einhalten der vom Augenarzt in jedem einzelnen Fall für das schielende und das nicht-schielende Auge exakt ermittelten Behandlungs- bzw. Trainingsphasen. Die Konsequenz und Disziplin der Eltern entscheidet wesentlich mit, ob Ihr Kind später gut sieht oder dauerhaft einseitig sehbehindert bleibt. Die vorübergehende Last mit dem Zukleben belastet Ihr Kind unendlich viel weniger als eine bleibende Sehbehinderung! -

Schieloperation

Bei etwa der Hälfte der Schielkinder muss die Fehlstellung durch Operationen an den äußeren Augenmuskeln beseitigt werden.

Manchmal ist die operative Stellungskorrektur Voraussetzung für alle weiteren Maßnahmen. In der Regel aber wird die Operation erst dann durchgeführt, wenn das Kind die Brille verlässlich trägt, mit beiden Augen annähernd gleich gut sieht und sich ausreichend untersuchen lässt.

Schieloperationen sind ausgesprochen risikoarm und haben gute Erfolgsaussichten. Sie werden vom Augenarzt bei Kindern in Allgemeinnarkose ausgeführt, d.h. nach der Beruhigungsspritze und der Narkoseeinleitung spürt das Kind von dem Eingriff nichts mehr. Das operierte Auge reagiert natürlich, jedoch in erträglichem Maße nach dem Aufwachen für etwa 48 Stunden - vor allem bei Augenbewegungen. Bei der Operation wird das Auge weder herausgenommen noch aufgeschnitten. Der Augenarzt öffnet lediglich die leicht heilende Bindehaut, um die Augenmuskeln zu regulieren. Von der Art der Fehlstellung und vom Ergebnis der Vorbehandlung hängt es ab, ob ein einmaliger Eingriff genügt

Die Operation beseitigt nicht die Sehschwäche und bewirkt auch nicht immer eine unmittelbare Verbesserung des räumlichen Sehens. Beides bedarf in der Regel weiterer augenärztlicher Behandlung. Die Operation macht auch die Brille nicht überflüssig, weil Brechungsfehler nur durch die Brille ausgeglichen werden können.

Sehschule

Manchmal sind spezielle Übungsbehandlungen durch oder unter Anleitung einer Orthoptistin sinnvoll. Solche Übungen werden für jeden Einzelfall festgelegt und genau erklärt

WIE SIND DIE ERFOLGSAUSSICHTEN ?

Die Erfolgsaussichten sind bei rechtzeitiger Erkennung und Behandlung und deren konsequenter und disziplinierter Durchführung nach augenärztlicher Festlegung insgesamt sehr gut.

Eine **Amblyopie** lässt sich fast immer weitestgehend oder gänzlich rückbilden und der Rückfall verhindern, wenn keine anderen Ursachen für das schlechte Sehen verantwortlich sind, als das Schielen allein.

Beidäugiges und räumliches Sehen lässt sich bei latentem Schielen und akkommodatives Schielen, welches ausschließlich durch eine nicht korrigierte Übersichtigkeit entsteht und deshalb mit der Brille allein behandelt werden kann, meist erhalten oder wiedererreichen. Auch beim normosensorischen Spätschielen ist das vorher vorhandene beidäugige Sehen praktisch immer wiederherzustellen.

Beim Mikroschielen kann man nie *normales* beidäugiges und räumliches Sehen erzielen, wenn auch nicht selten eine subnormale beidäugige Zusammenarbeit von größerer Qualität bleibt.

Kaum je verwertbare beidäugige Zusammenarbeit lässt sich beim angeborenen Schielsyndrom erzielen.

Die Schieloperation ist in den Fällen, in denen sie angezeigt ist, fast immer in der Lage, ein zumindest kosmetisch unauffälliges Resultat zu erzielen, in bestimmten Fällen, wie etwa latentem Schielen mit großem Schielwinkel oder normosensorischem Spätschielen ist sie die ursächlich erfolgreiche Behandlung.

WIE KÖNNEN ELTERN UND AUGENARZT ZUSAMMENARBEITEN ?

Mit Ausnahme der Operation ist der Augenarzt bei allen anderen Therapiemaßnahmen nur erfolgreich, wenn die Eltern zuverlässig mitwirken. Der Augenarzt muss sich darauf verlassen können, dass die verordnete Brille ausnahmslos und ununterbrochen vom Kind getragen wird, dass bei der Okklusionsbehandlung Haut- oder Brillenpflaster nicht länger als vorgeschrieben auf dem Auge bleiben, jedoch ebenfalls nicht "nur mal zwischendurch" oder vorzeitig abgenommen werden, dass Augentropfen und -salbe genau nach Plan gegeben werden und dass kein Termin - sei es zur Untersuchung oder zur Schulung - ausgelassen wird.

Die Behandlung einer Amblyopie kann sich bis zum 12. Lebensjahr und manchmal darüber hinaus erstrecken, weil Rückfälle noch bis ins Wachstumsalter hinein möglich sind. Ihr Augenarzt weiß, dass Sie und Ihr Kind viel Geduld aufbringen müssen. Er wird Sie in jeder Weise unterstützen: medizinisch, psychologisch und durch eingehende Informationsgespräche.

ZUSAMMENFASSUNG

Diese wesentlichen Informationen sollten Sie mitgenommen haben:

1. Schielen beim Kind ist kein Schönheitsfehler, „niedlich“ oder dergleichen, sondern eine Augenerkrankung mit möglicherweise dauerhaften und schwerwiegenden Störungen und Verlusten von Sehfunktionen: Schwachsichtigkeit und funktionelle Einäugigkeit.
2. Verlust von Sehschärfe und beidäugigem räumlichem Sehen durch Schielen können nur im frühen Kindesalter entstehen, aber auch nur dann behandelt werden: Schielen muss deshalb rechtzeitig erkannt und behandelt werden:
„Was Hänschen nicht sehen lernt, lernt Hans nimmermehr“
3. Schielen verwächst sich nie. Deshalb sollte jedes Kind umgehend dem Augenarzt vorgestellt werden, wenn
 - a. Schielen auffällt
 - b. Verdacht besteht in jedem Zweifelsfall
 - c. Schielen in der Familie vorkommt
 - d. Es etwa 2 Jahre alt ist zur Vorsorge
4. Die Behandlung eines „Schielkindes“ dauert – in unterschiedlicher Intensität – die gesamte Kindheit und Jugend an.
5. Vollständige Heilung ist manchmal, oft aber auch nicht möglich: Jede Schielform hat ihre eigenen Grenzen für den optimal erzielbaren Behandlungserfolg. Damit das bestmögliche Ergebnis auch tatsächlich erreicht wird, müssen Kind, Eltern und Augenärzte eng zusammenarbeiten. Dafür ist natürlich großes gegenseitiges Vertrauen wichtig – aber vor allem auch auf Wissen beruhendes Verständnis.

Dazu will diese Informationsschrift die Basis legen, die im persönlichen Gespräch auf den individuellen Fall bezogen erweitert und vertieft wird.