

Stellungnahme des BVA zum Screening von Fehlsichtigkeiten bei Kleinkindern

Amblyopie: Wie lässt sich die häufigste Sehstörung im Kindesalter frühzeitig erkennen?

Fünf bis zehn Prozent aller Kinder leiden an einer Sehschwäche. Bei vielen wird sie aber erst zu spät erkannt, zum Beispiel wenn sich in der Schule Probleme zeigen. Leider ist es dann für eine effektive Behandlung oder gar Heilung oft schon zu spät und Eltern fragen sich, warum der Sehfehler nicht schon früher erkannt wurde.

Bei der hier in den meisten Fällen vorliegenden Amblyopie („Schwachsichtigkeit“ oder englisch „lazy eye“ handelt es sich um eine Entwicklungsstörung des Sehen-Lernens. Ein Auge, gelegentlich sogar beide und insbesondere die Sehzentren im Gehirn, haben das scharfe Sehen in den ersten Lebensjahren nicht gelernt. Wie die meisten Fähigkeiten, die für uns Erwachsene selbstverständlich sind, wie zum Beispiel Laufen, Sprechen und vieles andere mehr, muss auch das Sehen in den ersten Lebensjahren gelernt werden. Die Lernfähigkeit des Auges und insbesondere des Gehirns für das Sehen ist in den ersten drei Jahren besonders groß, nimmt dann bis zur Einschulung ab und ist bei Teenagern nur noch schwach vorhanden. Wir reden hier von der sensitiven Phase.

Ursache für die Amblyopie sind in den meisten Fällen ein Schielen, eine Fehlsichtigkeit oder seltener ein Grauer Star und andere Augenkrankheiten. Beim Schielen wird die Sehinformation eines Auges vom kindlichen Gehirn unterdrückt, um Doppelbilder zu vermeiden – das Sehzentrum kann dann aber das Sehen mit dem schielenden Auge gar nicht lernen, es bleibt schwachsichtig. Die Fehlsichtigkeit beschreibt den optischen Brechungsfehler, der dazu führt, dass die Hornhaut und Linse ein verschwommenes Bild auf der Netzhaut erzeugen. Mit so einem unscharfen Bild kann das Gehirn natürlich nicht lernen, scharf zu sehen. Diese häufige Fehlsichtigkeit entsteht meist aus einer Hornhautverkrümmung, einer hohen Weitsichtigkeit oder – besonders gefährlich – einer ungleichen Fehlsichtigkeit beider Augen und kann durch eine Brille korrigiert werden.

Die Behandlung der Amblyopie ist um so effektiver, je früher sie beginnt und umfasst in den meisten Fällen die Verordnung einer Brille zur Korrektur der Fehlsichtigkeit und die stundenweise Okklusion (Abkleben) des besseren Auges, um so das Gehirn zu zwingen, das schlechtere Auge zu nutzen und so zu trainieren. Diese Therapie muss unter regelmäßiger Kontrolle oft über Jahre fortgeführt werden. In seltenen Fällen ist auch eine Operation zum Beispiel des Grauen Stars erforderlich.

Das Hauptproblem bei der Amblyopie liegt darin, dass die Eltern die Erkrankung den Augen oft nicht ansehen können und die meist einseitige Sehstörung sich im Verhalten der Kinder nicht zeigt. Auffällig sind die Kinder nur, wenn sie ein großwinkliges Schielen zeigen, später in der Schule die Anforderungen an das Sehen steigen oder wenn eine spezielle Früherkennungsuntersuchung durchgeführt wird. Mit wenigen, schnellen Untersuchungen kann der Augenarzt und die Orthoptistin (Fachkraft für Schielen und Sehentwicklung) eine Amblyopie schon bei kleinen Kindern erkennen.

Die allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen beim Kinderarzt, insbesondere die vor zwei Jahren

eingeführte U7a mit drei Jahren, beinhalten auch Augenuntersuchungen. Jedoch sind die Kinderärzte nicht in der Lage, eine vollständige Amblyopie-Abklärung durchzuführen. Insbesondere gehört hierzu auch die Messung der Fehlsichtigkeit mit Weitstellen der Pupille.

Die Berufsverbände der Kinder- und der Augenärzte haben daher schon wiederholt gemeinsam die Forderung nach einer von den Krankenkassen finanzierten augenärztlichen Vorsorgeuntersuchung gestellt. Eine daraufhin vom Gemeinsamen Bundesausschuss in Auftrag gegebene Studie des IQWiG kam 2008 zu dem Schluss, dass der Nutzen einer zusätzlichen augenärztlichen Vorsorgeuntersuchung aus der bisherigen Studienlage nicht abzuleiten, aber auch nicht zu widerlegen sei. Der Bericht wird wegen vieler Schwächen noch intensiv diskutiert. Ungefähr zeitgleich erschienen ebenfalls umfangreiche Studien zur Kosteneffektivität der Amblyopie-Früherkennung in Großbritannien (HTA) und in der Cochrane Bibliothek.

Die aktuellen Empfehlungen der Berufsverbände sind in der folgenden Tabelle zusammengefasst:

Wann zum Augenarzt?	Auffälligkeit beim Kind	Augenerkrankung in der Familie
Sofort nach Geburt	auffällige Augen: zu große Augen, rote Augen, trübe Hornhaut, graue Pupille, fehlende Lidöffnung	angeborene Augenerkrankung: Grauer oder Grüner Star, Augentumor (Retinoblastom)
6. Lebensmonat	Schielen, Augenzittern, fehlende Fixation, Frühgeborene, Kinder mit Behinderung	Schielen Amblyopie starke Fehlsichtigkeit
2.–3. Geburtstag	ALLE anderen Kinder Suche nach kleinwinkeligem Schielen, Fehlsichtigkeit	

Die aktuelle Situation zur augenärztlichen Früherkennungsuntersuchung in Deutschland ist jedoch sehr heterogen. Bei begründetem Verdacht auf das Vorliegen einer Sehstörung beim Kind erfolgt die augenärztliche Untersuchung im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung. Handelt es sich um eine Untersuchung eines völlig unauffälligen Kindes ist zum Teil die Untersuchung als Individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) von den Eltern zu zahlen. Einige Krankenkassen (zum Beispiel BKK in Bayern „Starke Kids“) bieten ihren Mitgliedern eine kostenfreie Vorsorgeuntersuchung um den dritten Geburtstag an.

In vielen Ländern Europas und Teilen Amerikas sind Amblyopie-Früherkennungsprogramme schon seit Jahren etabliert, zum Beispiel konnte in Schweden die Rate der tiefen Amblyopie um circa 90 Prozent gesenkt werden. Viele dieser Programme sind aber leider nicht ausreichend wissenschaftlich evaluiert und auf die Situation in Deutschland nicht einfach übertragbar. Zur Klärung der noch offenen Fragen zum Nutzen einer zusätzlichen augenärztlichen Vorsorgeuntersuchung bei Kindern

muss in Deutschland eine prospektive, kontrollierte epidemiologische Studie durchgeführt werden.

Weitere Informationen zum Thema finden Sie bei:

- IQWiG, HTA, Cochrane Berichte 2008/9
www.iqwig.de/index.765.html
www.hta.ac.uk/pdfexecs/summ1225.pdf
www.cochrane.org/reviews/en/ab005020.html
www.biomedcentral.com/1471-2415/9/3
- Berufsverband der Augenärzte (BVA):
www.augeninfo.de/patinfo/pi_kids.php
www.augeninfo.de/presse/pr_kids.php
- DOG, BVA Leitlinie 26a Amblyopie
www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/045-009.htm
- Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin
www.dgspj.de/index.php?option=com_content&view=category&id=67:erkrankungen&Itemid=69&layout=blog
- BKK Bayern „Starke Kids“
www.bkk-lv-bayern.de/bkk-barrierefrei/seiten/presse/pressedetail.php?p=208&y=2007
www.paednetz.de/pnb/show.php3?id=7&nodeid=
- Übersicht, Ehrh 2008:
haunerjournal-lmu.de/prae/hj1_08/einzseit1_08/runke.pdf

Professor Dr. med. Oliver Ehrh,
Oberarzt, Leiter Orthoptik, Kinder- und Neuroophthalmologie,
Augenklinik der Ludwig-Maximilians-Universität München