Ophthalmologie 2022 · 119:1067–1070
<https://doi.org/10.1007/s00347-021-01532-z>
 Eingegangen: 10. August 2021
 Überarbeitet: 7. Oktober 2021
 Angenommen: 25. Oktober 2021
 Online publiziert: 22. November 2021
 © Der/die Autor(en) 2021

Was tun, wenn der Patient nichts sieht?

Sarah B. Zwingelberg¹ · B. O. Bachmann¹ · A. Kolb² · R. Jonas¹ · A. Händel¹ ·
 M. Matthaei¹ · F. Schaub¹ · C. Cursiefen¹ · T. U. Krohne¹ · K. Mercieca² · V. Prokosch¹

¹ Zentrum für Augenheilkunde, Medizinische Fakultät und Universität zu Köln, Uniklinik Köln, Köln, Deutschland

² Klinik und Poliklinik für Psychosomatik, Medizinische Fakultät und Universität zu Köln, Uniklinik Köln, Köln, Deutschland

Ein 53-jähriger Patient stellte sich bei uns mit einer Überweisung bei unklarer Visusminderung an seinem linken Oculus melior vor. Der Patient gab an, dass die Verschlechterung seit ca. 2 Wochen bestünde, welche schleichend vorangeschritten sei. Er verneinte Schmerzen oder ein vorausgegangenes Trauma. Anamnestisch ergab sich, dass am rechten Auge eine dekompensierte Hornhaut nach komplizierter Kataraktoperation, Intraokularlinsen(IOL)-Wechsel und lamellärer Hornhauttransplantation bei Endotheldekompensation („Descemet membrane endothelial keratoplasty“ [DMEK]) vorlag. Beidseits bestünde ein chronisches Offenwinkelglaukom, weswegen beidseits bereits vorab eine Trabekulektomie durchgeführt worden war.

Der Visus zeigte sich initial rechts bei Fingerzählen (sc) und links bei 0,25 (cc). Der Augeninnendruck lag bei Vorstellung bei 19/13 mm Hg unter 3-fach antiglaukomatöser Kombinationstherapie. In der klinischen Untersuchung sahen wir den dargestellten Befund am rechten Auge mit einer dekompensierten Hornhaut nach bereits erfolgter DMEK (■ **Abb. 1**). Am linken Auge zeigte sich ein reizfreier vorderer Augenabschnitt mit einem Pannus im superioren Bereich der Hornhaut ohne Beteiligung der optischen Achse. Der Funduseinblick war rechts aufgrund der Hornhaut reduziert. Links zeigte sich ein 0,4 exkavierter Sehnerv mit weitgehend intaktem neuroretinalem Randsaum bei unauffälliger Makula und restlicher Netzhaut. Die optische Kohärenztomographie (OCT) der Makula und der Papillen zeigte sich unauffällig (vgl. ■ **Abb. 2 und 3**). Die Gesichtsfelduntersuchung und die Angiographie zeig-

ten sich ohne Pathologien. Die allgemeine Anamnese war bis auf eine rezidivierende depressive Störung (Erstdiagnose vor ca. 20 Jahren) leer.

Wir nahmen den Patienten zur weiteren Abklärung bei unklarer Visusminderung stationär auf. In der bereits extern erfolgten neurologischen Untersuchung zeigte sich ein unauffälliger Befund, der sich bei uns in der wiederholten neurologischen Vorstellung inklusive einer Magnetresonanztomographie(MRT)-Untersuchung der Orbita und des Schädels bestätigte. Visuell evozierte Potenziale (Muster-VEP) zeigten keine Sehnerven-assoziierten Auffälligkeiten. Ein Visus-VEP war aufgrund mangelnder Mitarbeit des Patienten nicht möglich. Zudem führten wir ein Tagestensioprofil durch. Dort zeigten sich Druckwerte um die 13–26 mm Hg. Zur Tropfenreduktion entschieden wir uns zur Implantation eines Hydrus-Microshunts, welcher problemlos durchgeführt werden konnte. Für das rechte Auge wurde der Patient auf die Warteliste für ein erneutes lamelläres Hornhauttransplantat in Form einer Re-DMEK mit erhöhter Dringlichkeit gesetzt. Für das linke Auge wurde eine phototherapeutische Keratektomie (PTK) des Pannus geplant. So konnten wir den Patienten bei gutem Befund in die ambulante Weiterbehandlung durch den Hausaugenarzt mit stabilem Visus entlassen.

Eine Woche später stellte sich der Patient erneut notfallmäßig mit Selbstentlassung bei uns vor. Der Patient beklagte, dass der Visus sich weiterhin subjektiv verschlechtert hätte. Unsere Messung ergab einen Visusabfall von 0,25(cc) auf 0,1 (cc) links und rechts von Fingerzäh-

QR-Code scannen & Beitrag online lesen

Abb. 1 ▲ a) Linkes Auge mit reizfreiem Befund beidseits bei initialer Vorstellung, b) rechtes Auge mit deutlichem Epithelödem und Pupille in Mydriasis

Abb. 2 ◀ Es zeigt ein regelrechter Befund im Makula-OCT am linken Auge. Die Makula ist trocken und ohne weitere Pathologien und erklärt somit die subjektiv angegebene Visusminderung nicht

Abb. 3 ◀ Das durchgeführte Papillen-OCT am linken Auge zeigte einen regelrechten Befund ohne Pathologien. Es zeigt sich kein Verlust der RNFL. Auch eine Papillenschwellung konnte so ausgeschlossen werden

len auf Handbewegung. Die durchgeführten Untersuchungen brachten keinen wegweisenden morphologischen Befund. Das Tagesdruckprofil ergab Druckwerte links zwischen 9 und 15 mm Hg. Bei morphologisch unauffälligem Befund und somit fehlendem Korrelat zur erneut aufgetre-

ten Verschlechterung wurde auf eine erneute stationäre Abklärung verzichtet.

Zwei Tage später stellte sich der Patient mit weiterer subjektiver Visusverschlechterung erneut notfallmäßig bei uns vor. Bei der Untersuchung betrug der Visus rechts weiter (sc) Handbewegung und links (cc)

0,1. Es erfolgte nun eine erneute stationäre Aufnahme. Morphologische Korrelate waren jedoch weiterhin nicht nachzuweisen. Der Laserinterferenzvisus (Retinometer-Visus) ergab eine Messung von 0,3 auf dem rechten und 0,8 auf dem linken Auge.

Da der Patient eine zunehmende Visusminderung ohne erkennbares somatisches Korrelat beklagte und sehr ängstlich und verzweifelt wirkte, entschieden wir uns, die Kollegen der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie konsiliarisch hinzuzuziehen. Im Rahmen der psychosomatischen Anamnese berichtete der Patient von der Angst, sein Augenlicht zu verlieren und seinem Beruf als Inhaber einer Fahrschule nicht mehr nachgehen zu können. Er merke, dass er nicht mehr so gut sehe wie früher, die Sehfähigkeit nehme subjektiv stündlich ab. Hierbei zeigte der Patient sich interaktionell herausfordernd und anklagend, demonstrierte ängstlich-angespannt repetitiv den subjektiv im Gespräch rasch fortschreitenden Verlust des Augenlichts und beklagte sich über die nicht einsetzende diesbezügliche Notfallbehandlung.

Im Verlauf erfolgten weitere psychosomatische Konsile, in denen der Patient seine Hilflosigkeit hinsichtlich des subjektiv erlebten fortschreitenden Visusverlusts beginnend verbalisieren konnte. Der Teufelskreis (somatosensorische Verstärkung) aus katastrophisierenden Gedanken („Ich werde meinen Job verlieren“) und dem panischen Anspannungszustand mit maximaler Fokussierung auf die ja real vorhandene Visusminderung (links > rechts) konnte im Ansatz thematisiert werden.

Im weiteren Verlauf berichtete der Patient von einer seit ca. 20 Jahren bestehenden rezidivierenden depressiven Störung und häufigen und wechselnden Arztkonsultationen aufgrund langjährig bestehender Magen-Darm-Beschwerden und intermittierenden Herzrhythmusstörungen ohne detektierbaren somatischen Befund trotz zahlreicher Diagnostikmaßnahmen. Im Rahmen einer stationär-psychosomatischen Behandlung sei dem Patienten die Diagnose Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0) gegeben worden.

In der interdisziplinären Zusammenchau der erhobenen Befunde wurde die Diagnose einer Anpassungsstörung (F43.2) vor dem Hintergrund einer vorbekannten Somatisierungsstörung vergeben. Da der Patient über massive Einschlafschwierigkeiten mit Gedanken-

kreisen klagte, erhielt er 7,5 mg Mirtazapin zur Nacht, was eine schlafanstoßende Wirkung hat.

Bei der letzten ambulanten Kontrolle 8 Wochen nach Einleitung der Therapie bei uns betrug der Visus 0,6 s.c. bei deutlicher Besserung des allgemeinen Wohlbefindens.

» Diagnose: Anpassungsstörung bei vorbekannter Somatisierungsstörung

Bei somatoformen Störungen handelt es sich um anhaltende Körperbeschwerden, die sich in Art und Ausmaß der beklagten Symptomatik nicht (alleine) auf eine vorhandene körperliche Erkrankung zurückführen lassen. Charakteristisch ist die wiederholte Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse und Versicherung der Ärzte, dass die Symptome nicht körperlich begründbar sind. Eine vermehrte Inanspruchnahme des Gesundheitssystems und das ständige Überprüfen des Körpers auf mögliche Krankheitszeichen sind typisch für die Störung.

Die Entstehung und Aufrechterhaltung ist wie bei den meisten psychischen Störungen multifaktoriell zu verstehen. Im Sinne des biopsychosozialen Krankheitsmodells besteht eine komplexe Wechselwirkung aus psychosozialen, biologischen, kulturellen, sozialpolitischen und iatrogenen Einflussfaktoren.

Häufig klagen diese Patienten über ständig vorhandene Müdigkeit, Herz-Kreislauf-Beschwerden und/oder über gastrointestinale Probleme [1, 2] und leiden häufig an anderen psychischen Erkrankungen wie Depressionen und Angststörungen.

Somatoforme Störungen finden sich bei ca. 80 % der Bevölkerung, die zeitweise auftreten können, sich jedoch in der Regel im Verlauf selbst limitieren, jedoch können bei manchen Personen die Symptome persistieren und bei emotional belastenden Situationen rezidivieren oder chronisch werden [1, 2]. Die Erkrankung zählt zu

den häufigsten Ursachen für Konsultationen beim Hausarzt. Patienten mit Somatisierungsstörungen werden oft als interaktionell „schwierig“ wahrgenommen. Häufig kommt es zu einer zunächst idealisierenden Arzt-Patienten-Dynamik, die dann, wenn keine wegweisenden (somatischen) Befunde erhoben werden können und der Patient „enttäuscht“ vom Arzt ist und dieser sich abwendet bzw. an den nächsten Arzt verweist, von gegenseitiger Abwertung geprägt ist. Dies führt dann dazu, dass die Betroffenen ein sog. „Ärzte-Hopping“ betreiben mit sich wiederholender oben beschriebener Dynamik.

Die Diagnose basiert auf dem Ausschluss organischer Ursachen für die Körperbeschwerden und kann auf strukturierte Patientengespräche mit Fragekatalogen wie der allgemeinen *Symptom-Checkliste SCL-90* und dem *Screening für Somatoforme Störungen (SOMS)* gestützt werden [3, 4].

Die Therapie der Patienten beruht auf einer empathischen und bewältigungsorientierten ärztlichen Grundhaltung. Wichtig ist die Einbeziehung des Primärversorgers, meist des Hausarztes. Hierbei kommt dem Aufbau einer tragfähigen und langfristigen Arzt-Patienten-Beziehung und der Vermittlung eines für den Patienten akzeptablen Störungsmodells (Psychoedukation) z.B. im Sinne der Vermittlung eines bestehenden ständigen Wechselspiels von körperlichen und seelischen Prozessen eine tragende Rolle zu [5]. Idealerweise soll eine „Sowohl-als-auch-Haltung“ etabliert werden, die neben den somatischen auch psychosoziale Einflussfaktoren integriert, und somit schrittweise die Motivation beim Patienten entstehen kann, sich in fachpsychosomatische bzw. -psychotherapeutische Behandlung zu begeben.

Fazit für die Praxis

Bei unklarem ophthalmologischem Visusabfall ohne organisches Korrelat sollte eine Erkrankung des somatoformen Formenkreises in Erwägung gezogen werden. Eine nicht verurteilende, akzeptierende und vertrauensvolle Kommunikation zwischen behandelndem Arzt und Patient ist hierbei therapeutisch es-

senziell, um schrittweise eine tragfähige Arzt-Patienten-Beziehung und Behandlungsmotivation beim Patienten zu etablieren und das häufig bestehende „Ärzte-Hopping“ zu reduzieren. Die Vermittlung eines psychosomatischen Krankheitsverständnisses im Sinne z. B. des biopsychosozialen Krankheitsmodells ist sinnvoll.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Sarah B. Zwingelberg

Zentrum für Augenheilkunde, Medizinische Fakultät und Universität zu Köln, Uniklinik Köln
Kerpener Str. 62, 50937 Köln, Deutschland
sarah.zwingelberg@uk-koeln.de

Funding. Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. S.B. Zwingelberg, B.O. Bachmann, A. Kolb, R. Jonas, A. Händel, M. Matthaei, F. Schaub, C. Cursiefen, T.U. Krohne, K. Mercieca und V. Prokosch geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht. Es wird versichert, dass keine Verbindungen mit einer Firma, deren Produkt in dem Artikel genannt ist, oder einer Firma, die ein Konkurrenzprodukt vertreibt, bestehen. Die Präsentation des Themas ist unabhängig und die Darstellung der Inhalte produktneutral.

Für diesen Beitrag wurden von den Autoren keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien. Für Bildmaterial oder anderweitige Angaben innerhalb des Manuskripts, über die Patienten zu identifizieren sind, liegt von ihnen und/oder ihren gesetzlichen Vertretern eine schriftliche Einwilligung vor.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbil-

dungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

1. Kleinstäuber M, Thomas P, Hiller W et al (2012) Kognitive Verhaltenstherapie bei medizinisch unerklärten Körperbeschwerden und somatoformen Störungen. Springer,
2. Noll-Hussong M, Gundel H (2012) Etiopathogenic aspects of somatoform disorders. *Nervenarzt* 83(9):1106–1114. <https://doi.org/10.1007/s00115-011-3444-y>
3. Sauer N, Eich W (2007) Somatoforme Störungen und Funktionsstörungen. *Dtsch Arztebl* 104:45–54
4. Murray AM, Toussaint A, Lowe B et al (2016) The challenge of diagnosing non-specific, functional, and somatoform disorders: A systematic review of barriers to diagnosis in primary care. *J Psychosom Res* 80:1–10
5. Schaefer R, Hausteiner-Wiehle C, Henningsen P et al (2012) Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden. *Dtsch Arztebl* 109(47):803–813

Termine

Terminankündigung

2023

AAD 2023

Düsseldorf, 15.03. – 18.03.2023
<https://aad-kongress.de/>

DOG 2023

Berlin, 28.09. – 01.10.2023
<https://dog-kongress.de/>

2024

AAD 2024

Düsseldorf, 12.03. – 16.03.2024
<https://aad-kongress.de/>

DOG 2024

Berlin, 10.10. – 13.10.2024
<https://dog-kongress.de/>

Alle Angaben ohne Gewähr – Änderungen vorbehalten.