

## Leitlinie Nr. 19

# Katarakt (Grauer Star) im Erwachsenenalter

### Inhaltsverzeichnis

Leitlinie Nr. 19 Katarakt (Grauer Star) im Erwachsenenalter.....	2
Definition .....	2
Epidemiologie .....	2
Ziel .....	2
Vorgehen .....	3
Therapie.....	3
Ambulant/Stationär .....	4
Kontrollintervalle .....	4
Literatur.....	4

## Leitlinie Nr. 19 Katarakt (Grauer Star) im Erwachsenenalter

Leitlinien sind Orientierungshilfen im Sinne von "Handlungs- und Entscheidungskorridoren", von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann oder sogar muss. Sie beschreiben, was Augenärzte für eine angemessene Patientenversorgung in der Praxis für geboten halten. Dies entspricht in vielen Fällen nicht dem Leistungsniveau der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland (siehe [Präambel](#)).

### Definition

Alle Linsentrübungen im Erwachsenenalter mit Auswirkungen auf das Sehvermögen, insbesondere die Sehschärfe

Zu unterscheiden sind neben der typischen "Alters-Katarakt":

- Cataracta complicata (z.B. Uveitis, alte Netzhautablösung, exzessive Myopie, vitreo-retinale Erkrankungen)
- Strahlenkatarakt (Infrarot, Röntgen)
- Katarakt bei systemischen Erkrankungen (z.B. Diabetes mellitus, Tetanie, Myotonie, Hauterkrankungen, Morbus Wilson)
- medikamentös induzierte Katarakt (z.B. durch Steroide, Drogen)

### Epidemiologie

Alters-Katarakt in den USA (Beaver-Dam-Eye-Study) mit Visus $\leq$ 0,63:		
im Lebensalter von 65 - 74 Jahren:	14,3 % der Männer	23,5 % der Frauen
im Lebensalter ab 75 Jahren:	38,8 % der Männer	45,9 % der Frauen

### Ziel

- Kontrolle bis zur operativen Behandlung zur
  - Besserung des Sehvermögens, insbesondere der Sehschärfe mit optischen Mitteln
  - Festlegung des geeigneten Operationszeitpunktes
- Operation zur
  - Beseitigung der funktionellen Behinderung
  - Wiederherstellung der Eigenständigkeit und Verbesserung der Lebensqualität des Patienten
  - Behebung von Komplikationen (z.B. Engwinkelsituation, Linsenquellung nach Trauma oder im Rahmen vitreo-retinaler Eingriffe, Exotropie)
  - besseren Beurteilung und ggf. Behandlung von Augenhintergrundveränderungen (z.B. diabetische Retinopathie, Makuladegeneration)

## Vorgehen

Notwendig:

- Anamnese

Sehver schlechterung seit wann und wie ausgeprägt

- vorhergegangene Entzündungen, Verletzungen oder Eingriffe an den Augen
- topische/systemische Medikation Inspektion der Augen und ihrer Adnexe
- Objektive und subjektive Refraktion/Visus, ggf. Gegenlichtvisus
- Spaltlampenuntersuchung der vorderen und mittleren Augenabschnitte, ggf. Untersuchung im regredienten Licht
- Dokumentation
- Befundbesprechung und Beratung

Im Einzelfall erforderlich:

- weiterführende Anamnese: Hinweise auf ätiologische Faktoren (siehe unter Definition) ?
- weitere Untersuchungen der Basisdiagnostik nach [Leitlinie Nr. 4](#) (z.B. bei durch den Lokalbefund nicht zu erklärender Visusminderung oder bei Patienten, die sich erstmals oder nach einem Intervall von über einem Jahr nach der letzten augenärztlichen Basisdiagnostik vorstellen)
- Untersuchung des Augenhintergrundes ggf. in Mydriasis (zumindest präoperativ Mydriasis erforderlich)
- Gonioskopie
- Perimetrie (z.B. unter der Voraussetzung der [Leitlinie Nr. 5](#))
- B-Bild-Sonographie (bei fehlendem oder schlechtem Funduseinblick, z.B. zum Tumorauschluss), ggf. zusätzlich A-Bild-Sonographie
- Röntgen, CT (bei Verdacht auf i.o. Fremdkörper siehe [Leitlinie Nr. 8](#))
- Einbeziehung des Haus- oder Facharztes (z.B. bei systemischer Erkrankung zur Verbesserung der Stoffwechselsituation, Feststellung der Operationsfähigkeit)
- Abklärung des sozialen Umfeldes des Patienten zusammen mit dem Hausarzt (z.B. bei Operationsplanung)

## Therapie

Operation (in der Regel mit Implantation einer i.o. Kunstlinse)

Indikationen zur Operation sind:

- kataraktbedingte Funktionseinbußen, welche die individuellen Ansprüche (z.B. beruflich, privat, Verkehrstauglichkeit) des Patienten wesentlich beeinträchtigen oder gefährden
- zwingende medizinische Gründe (z.B. Engwinkelsituation, Linsenquellung nach Trauma, im Rahmen vitreo-retinaler Eingriffe)

## Ambulant/Stationär

Ambulant immer dann, wenn keine zwingende medizinische oder soziale Kontraindikation vorliegt.

## Kontrollintervalle

Präoperativ:

- in der Regel einmal jährlich
- bei rascher Progredienz und/oder starker Myopisierung alle 3 - 6 Monate
- bei plötzlicher Sehminderung sofort

Postoperativ:

- in den ersten postoperativen Tagen mehrfach je nach OP-Verlauf und Befund, in den folgenden zwei Monaten in größeren Abständen
- bei Komplikationen kurzfristig
- Verordnung der ersten Sehhilfe je nach OP-Technik und Bedürfnis des Patienten ca. nach drei Wochen bis drei Monaten
- nach optischer Rehabilitation ca. einmal jährlich (z.B. wegen Nachstars <sup>(1)</sup> <sup>(2)</sup>)

## Literatur

(1)

Apple DJ, Solomon KD, Tetz MR, Assia EI, Holland EY, Legler UF, Tsai JC, Castaneda VE, Hoggat JP, Kostick AM  
Posterior capsule opacification  
Surv Ophthalmol. 1992 Sep-Oct;73-116. Review

(2)

Leitlinie 19b  
Nc:Yag-Kapsulotomie des Nachstars BVA/DOG 1999/2012

Zum Verständnis der Leitlinie: siehe [Präambel](#)