



DOG
Deutsche Ophthalmologische
Gesellschaft

Gesellschaft für Augenheilkunde
gegründet 1857

DOG 2023
28.9.–1.10.2023
Estrel Berlin

Präsident der DOG
Prof. Dr. Dr.h.c.
Nikolaos E. Bechrakis
Essen

DOG 2023

Kongress-Pressekonferenz (hybrid)

Termin: Donnerstag, 28. September 2023, 12.30 bis 13.30 Uhr

Präsenz: Estrel Congress Center, Raum IX, Sonnenallee 225, 12057
Berlin

Link zum Videomitschnitt:

<https://attendee.gotowebinar.com/recording/8023748110496222298>

Themen und Referierende:

Vorbild, Leader, Förderer? Führung in der Augenheilkunde – was Jung und Alt voneinander lernen können

Professor Dr. med. Dr. h.c. Nikolaos E. Bechrakis

Präsident der DOG; Direktor der Klinik für Augenheilkunde, Universitätsklinikum
Essen

Wenn das Leben sich plötzlich ändert – wie klarkommen mit einer erblichen Netzhauterkrankung?

Franz Badura

Vorsitzender „Retina International“, einer globalen Organisation für
Patient*innen mit Netzhautdegenerationen

Alterssichtigkeit: Sonderlinsen aus Sicht der Patient*innen – wer ist zufrieden, wer ist unzufrieden?

Professor Dr. med. Gerd Auffarth

Ärztlicher Direktor der Augenklinik am Universitätsklinikum Heidelberg

Glaukom: Warum es so schwierig ist, den Grünen Star zu operieren – und wie es trotzdem gelingen kann

Professor Dr. med. Verena Prokosch

Zentrum für Augenheilkunde, Universitätsklinikum Köln

Moderation:

Anne-Katrin Döbler, Pressestelle DOG, Stuttgart

Pressestelle der DOG

Kerstin Ullrich
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Tel.: +49 711 8931 641
Fax: +49 711 8931 167
ullrich@medizinkommunikation.org

DOG

Deutsche Ophthalmologische
Gesellschaft e.V.
Geschäftsstelle:
Platenstraße 1
80336 München
geschaeftsstelle@dog.org

www.dog-kongress.de
www.dog.org



DOG
Deutsche Ophthalmologische
Gesellschaft

Gesellschaft für Augenheilkunde
gegründet 1857

PRESSEMITTEILUNG

DOG 2023

28. September bis 1. Oktober 2023

DOG 2023
28.9.–1.10.2023
Estrel Berlin

Präsident der DOG
Prof. Dr. Dr.h.c.
Nikolaos E. Bechrakis
Essen

Korrektur der Alterssichtigkeit mit Kunstlinse Hornhautverkrümmung und unerwünschte Lichteffekte sind die häufigsten Ursachen für Unzufriedenheit

Berlin, 28. September 2023 – Irgendwann im mittleren Lebensalter ist es bei fast allen so weit: Lesestoff muss in sehr gutes Licht und immer weiter von den Augen entfernt gehalten werden, um noch entziffert werden zu können. Für den Rest des Lebens von einer Lesehilfe abhängig zu sein, ist jedoch ein Gedanke, mit dem sich nicht alle Betroffenen abfinden können. Immer häufiger wird daher die Möglichkeit in Anspruch genommen, sich die „altersstarr“ gewordene Augenlinse entfernen und dafür eine Kunstlinse einsetzen zu lassen. Welche Linsenarten es gibt, wer von einem solchen Eingriff profitiert und welche Ursachen zu Unzufriedenheit führen, wird ein Experte der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG) auf der heutigen Pressekonferenz anlässlich der diesjährigen DOG am 28. September 2023 aufzeigen.

Ursächlich für die Alterssichtigkeit ist die nachlassende Elastizität der Augenlinse. Mit zunehmendem Alter verliert diese mehr und mehr die Fähigkeit, sich kugelig abzurunden und so die hohe Brechkraft zu erreichen, die für kurze Distanzen notwendig ist. „In dieser Zeit rückt der Nahpunkt, bis zu dem gerade noch scharf gestellt werden kann, immer weiter vom Auge weg“, erläutert Professor Dr. med. Gerd Auffarth, Ärztlicher Direktor der Augenklinik am Universitätsklinikum Heidelberg. „Dieser Prozess vollzieht sich schleichend und erstreckt sich meist über rund zehn Jahre.“ Oft wird die Alterssichtigkeit daher auch als Altersweitsichtigkeit bezeichnet.

Wer auch im fortgeschritteneren Alter ohne Brille leben möchte, hat heute die Möglichkeit, die Alterssichtigkeit durch eine Operation am Auge korrigieren zu lassen. „Insbesondere, wer sich schon in jungen Jahren hat lasern lassen, um brillenfrei zu sein, empfindet diese erneute Brillenabhängigkeit als sehr einschränkend“, berichtet Auffarth. Bei der Korrektur wird die natürliche Linse entfernt und eine Kunstlinse an ihre Stelle gesetzt. Um den Eingriff von der prinzipiell gleich ablaufenden Grauen-Star-Operation abzugrenzen, spricht man hier auch vom

Pressestelle der DOG
Kerstin Ullrich
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Tel.: +49 711 8931 641
Fax: +49 711 8931 167
ullrich@medizinkommunikation.org

DOG
Deutsche Ophthalmologische
Gesellschaft e.V.
Geschäftsstelle:
Platenstraße 1
80336 München
geschaeftsstelle@dog.org

www.dog-kongress.de
www.dog.org



refraktiven – also nur zur Verbesserung der Sehschärfe vorgenommenen
– Linsenaustausch.

„Heute stehen für diese Anwendung mehrere Arten von Intraokularlinsen zur Verfügung“, sagt Auffarth. „Am bekanntesten sind die sogenannten Trifokallinsen, die das Licht auf drei unterschiedliche Brennpunkte verteilen und so eine gute Sehschärfe im Nah-, Fern- und Zwischenbereich ermöglichen.“ Darüber hinaus gibt es Linsen mit zwei oder vier Brennpunkten, sowie monofokale Linsen – letztere können jedoch mit ihrer Festlegung auf einen Brennpunkt keine Brillenunabhängigkeit bewirken und werden daher in der refraktiven Augenchirurgie nur selten eingesetzt.

Völlige Brillenfreiheit, also gute Sehschärfe in allen Bereichen, hat jedoch einen physikalisch bedingten optischen Preis: Durch die Verteilung des Lichts auf mehrere Brennpunkte entstehen Überlappungszonen, die zu unerwünschten Lichteffekten führen – etwa einer erhöhten Blendempfindlichkeit und dem Entstehen von Höfen um Lichtquellen, sogenannten Halos. „Sie können besonders nachts im Straßenverkehr sehr störend wirken und im Einzelfall sogar zur Entfernung der Intraokularlinse führen. Wer beruflich oder privat häufig im Dunkeln Auto fährt, sollte daher möglicherweise auf den Einsatz von Multifokallinsen verzichten“, rät Auffarth.

Das Problem der Halo-Bildung adressieren neuere, sogenannte Tiefenschärfelinsen („extended depth of focus“, EDOF), die nach dem Prinzip der Gleitsichtbrille weichere Übergänge zwischen den Sehbereichen ermöglichen und die Sicht auch bei schwierigen Lichtverhältnissen verbessern sollen. „Mit EDOF-Linsen wird der Fern- und Zwischenbereich zuverlässig abgedeckt, im Nahbereich kann zum Teil jedoch noch eine Brille notwendig sein“, sagt Auffarth. Auch verschwinde der Halo-Effekt nicht ganz. Generell gelte es, alle Optionen mit dem Patienten gemeinsam zu besprechen und die Vor- und Nachteile vor dem Hintergrund der individuellen Bedürfnisse und Lebenssituation abzuwägen. „Die eine Intraokularlinse, die für alle Patientinnen und Patienten geeignet ist, gibt es nicht“, betont Auffarth.

Generell ist die Patientenzufriedenheit nach einem refraktiven Linsenaustausch jedoch sehr hoch, wie der erfahrene Augenarzt berichtet. „In manchen Fällen wird die Performance der Linse insgesamt als sehr gut bewertet, der oder die Betroffene ist aber mit einem Teilbereich unzufrieden – etwa nur mit der Fernsicht oder nur mit dem Zwischenbereich“, erläutert der DOG-Experte. „In diesen Fällen kann eine Hornhautverkrümmung vorliegen, die bei der



Intraokularlinsenberechnung nicht oder nur unzureichend korrigiert worden ist.“ Die Hornhaut sollte daher vor dem Linsenaustausch stets genau untersucht werden.

Der Linsenaustausch selbst ist in der Regel unkompliziert und dauert nur rund 20 Minuten. „Es handelt sich grundsätzlich um ein sehr sicheres Verfahren, das bei der Grauen-Star-Operation bereits millionenfach erprobt wurde“, sagt Auffarth. Dennoch gebe es Restrisiken, über die aufgeklärt werden müsse. In extrem seltenen Fällen, etwa wenn bei der Operation Keime in das Auge gelangen und es zu einer Infektion kommt, könnten diese bis zur Erblindung reichen. Bei zuvor stark kurzsichtigen Menschen könne der Eingriff auch das Risiko für eine Netzhautablösung erhöhen. „Bei der Alterssichtigkeit handelt es sich streng genommen nicht um eine Erkrankung, sondern um eine normale Alterserscheinung“, betont Auffarth. „Nutzen und Risiko müssen bei einem solchen Eingriff, der im Prinzip ‚nur‘ eine Lifestyle-Verbesserung erzielen soll, daher besonders gut gegeneinander abgewogen werden.“

Bei Veröffentlichung Beleg erbeten.

Terminhinweise:

- **Symposium: Evidenzbasierte Herangehensweise beim Einsatz von Premiumlinsen**
Termin: Freitag, 29. September 2023, 15.00 bis 16.15 Uhr, Saal Donders
- **Symposium: IOL-Berechnung – ein gelöstes Problem?**
Termin: Freitag, 29. September 2023, 16.45 bis 18.00 Uhr, Saal Donders



DOG
Deutsche Ophthalmologische
Gesellschaft

Gesellschaft für Augenheilkunde
gegründet 1857

PRESSEMITTEILUNG

DOG 2023

28. September bis 1. Oktober 2023

DOG 2023
28.9.–1.10.2023
Estrel Berlin

Präsident der DOG
Prof. Dr. Dr. h.c.
Nikolaos E. Bechrakis
Essen

Therapie des Grünen Stars Operieren – wann und wie?

Berlin, 28. September 2023 – Von einem Glaukom oder Grünen Star sind in Deutschland über 900.000 Menschen betroffen. Unbehandelt schränkt die Augenerkrankung das Gesichtsfeld mehr und mehr ein und kann letztlich zur Erblindung führen. Hauptrisikofaktor ist ein erhöhter Augeninnendruck, daher zielt die Therapie darauf ab, diesen mit Augentropfen zu senken. Reicht die medikamentöse Behandlung nicht aus, stehen heute zudem mehrere operative Verfahren zur Verfügung. Welcher Eingriff für welche Patient*innen geeignet ist und warum dieser auch mit einer Operation des Grauen Stars kombiniert werden kann, berichtet eine Expertin auf der heutigen Kongress-Presskonferenz der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG).

Mit rund 15 Prozent der Erblindungsfälle ist das Glaukom in Deutschland die zweithäufigste Ursache für den Verlust der Sehfähigkeit. Im Verlauf der Erkrankung gehen die Fasern des Sehnervs zugrunde, die das Sehsignal von der Netzhaut des Auges zum Gehirn leiten. „Der einzig momentan behandelbare Risikofaktor hierfür ist ein erhöhter Augeninnendruck“, sagt Professor Dr. med. Verena Prokosch vom Zentrum für Augenheilkunde des Universitätsklinikums Köln. Ist der individuelle Augeninnendruck – das Gleichgewicht zwischen Kammerwasserproduktion und -abfluss – zu hoch, werden die empfindlichen Sehnervenfasern geschädigt. Wie empfindlich der Sehnerv ist, ist dabei individuell verschieden. „Dieser Prozess bleibt oft lange unbemerkt“, sagt Glaukom-Spezialistin Prokosch.

Ist das Glaukom erst einmal diagnostiziert, kann der schleichende Sehverlust heute gut aufgehalten werden. Dabei kommen in der Regel zunächst Augentropfen zum Einsatz, die den Augeninnendruck regulieren. „Im Praxisalltag und in Studien zeigt sich jedoch, dass mindestens die Hälfte der Patientinnen und Patienten die Tropfen nicht konsequent täglich anwendet“, betont Prokosch. Gelingt die medikamentöse Drucksenkung aus diesem oder anderen Gründen nicht, müsse der Augeninnendruck per Laser oder durch eine Operation in Schach gehalten werden.

Pressestelle der DOG
Kerstin Ullrich
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Tel.: +49 711 8931 641
Fax: +49 711 8931 167
ullrich@medizinkommunikation.org

DOG
Deutsche Ophthalmologische
Gesellschaft e.V.
Geschäftsstelle:
Platenstraße 1
80336 München
geschaeftsstelle@dog.org

www.dog-kongress.de
www.dog.org



Noch immer beobachtet die Kölner Augenärztin jedoch, dass diese Eingriffe, bei denen der Abfluss des Kammerwassers verbessert oder das produzierende Gewebe verödet wird, erst sehr spät im Verlauf der Erkrankung vorgenommen werden. „Hierzu tragen zum einen Vorbehalte der Patienten und Patientinnen bei, die zunächst ja keine Beschwerden haben und den invasiven Eingriff scheuen“, so Prokosch. Durch die Operation sei zudem keine Verbesserung des Sehvermögens zu erwarten, da einmal eingetretene Schäden nicht rückgängig gemacht werden könnten. Vorübergehend könne sich der Visus durch den Eingriff sogar verschlechtern.

Aber auch auf ärztlicher Seite müssen sich die Praktizierenden erst einmal einen Überblick verschaffen, zu welchem Zeitpunkt operiert werden sollte und welche Technik im konkreten Fall geeignet ist. „Denn mittlerweile stehen mehr als ein Dutzend verschiedene Operationsmethoden zur Senkung des Augeninnendrucks zur Verfügung – darunter etliche minimalinvasive Verfahren, die den Abfluss des Kammerwassers durch die Implantation winziger Stents erleichtern“, berichtet Prokosch. Um den Überblick zu erleichtern, hat die Europäische Glaukomgesellschaft (EGS) nun ein Weißbuch zur operativen Glaukomtherapie erstellt, das in diesen Tagen veröffentlicht wird und Empfehlungen für die Wahl des individuell geeigneten Operationsverfahrens gibt.

„Fest steht jedoch, dass für Patientinnen und Patienten, die unter einem Grünen Star in mildem Stadium leiden, die Operation des Grauen Stars ein guter Zeitpunkt ist, um gleichzeitig einen minimalinvasiven Glaukom-Eingriff vorzunehmen“, betont Prokosch. „Von einem solchen Kombinationseingriff, bei dem nicht nur die trübe Linse ausgetauscht, sondern auch der Kammerwasserabfluss durch einen Mikro-Stent verbessert wird, profitieren die Betroffenen deutlich.“ Im Ergebnis könne der Augeninnendruck zusätzlich um einige Einheiten reduziert werden, merkt die DOG-Expertin an. Andererseits sei es aber auch wichtig, bei fortgeschrittenen Fällen Operationsverfahren zu wählen, die den Druck noch stärker senken können – und so hoffentlich das Fortschreiten der Erkrankung verlangsamen können.

Über diese Möglichkeiten sollten Betroffene ärztlicherseits informiert werden – oder aber selbst aktiv danach fragen. Denn: „Hier besteht noch viel Aufklärungsbedarf“, resümiert Prokosch. Mit der Wahl des richtigen Operationsverfahrens zum richtigen Zeitpunkt und im richtigen Krankheitsstadium könne es der modernen Medizin jedoch gelingen, den Betroffenen deutlich mehr sehende Jahre zu schenken.

Bei Veröffentlichung Beleg erbeten.



DOG 2023
28.9.–1.10.2023
Estrel Berlin

Terminhinweise:

- **Symposium der Sektion DOG-Glaukom: Lab meets Patient**
Termin: Freitag, 29. September 2023, 8.30 bis 9.45 Uhr, Saal Donders
- **Symposium: Surgical Saturday: MIGS and More**
Termin: Samstag, 30. September 2023, 16.45 bis 18.00 Uhr, Saal Helmholtz

STATEMENT

Vorbild, Leader, Förderer? Führung in der Augenheilkunde – was Jung und Alt voneinander lernen können

Professor Dr. med. Dr. h.c. Nikolaos E. Bechrakis

Präsident der DOG; Direktor der Klinik für Augenheilkunde, Universitätsklinikum Essen

Führung ist ein weit gefasster Begriff, der sich auf den Prozess bezieht, in dem eine Person oder eine Gruppe andere Personen beeinflusst, um ein möglichst gemeinsames Ziel zu erreichen. Führung ist immer dann relevant, wenn es um das Zusammenwirken von Individuen geht, sei es in einer Zweierbeziehung, in einer kleinen Gruppe von wenigen interprofessionell agierenden Personen, in einem mittelgroßen Unternehmen wie einer Gemeinschaftspraxis oder einer mittelgroßen Klinik oder auch in einem Großunternehmen wie einem Universitätsklinikum mit mehreren Hundert bis Tausend Mitarbeitern. Es geht darum, Menschen zu inspirieren, zu motivieren, aber auch zu führen, um ihre individuellen und kollektiven Fähigkeiten sowie die vorhandenen Ressourcen bestmöglich zu erschließen.

Führung ist nicht ausschließlich an eine Position oder Hierarchie gebunden. Sie kann auch informell sein, ohne formelles Mandat oder Autorität, ohne eine bestimmte Position oder Agenda, und sie kann von Personen ausgeübt werden, die über bestimmtes Wissen, bestimmte Fähigkeiten oder bestimmte Erfahrungen verfügen, die sie in die Lage versetzen, andere zu beeinflussen.

Die Etablierung einer Strategie zur Umsetzung einer Vision ist ein ebenso zentraler wie komplexer Aspekt jeder Unternehmensführung. Die Strategie beschreibt den Weg, auf dem die Vision erreicht werden kann, indem Ziele, Prioritäten und Maßnahmen festgelegt werden. Viele Aspekte des Managements spielen eine wichtige Rolle bei der strategischen Planung, um die Vision und die Ziele der Organisation zu erreichen. Dabei sollten aber die ineinandergreifenden und trotzdem unterschiedlichen Begriffe „Führung“ und „Management“ gesondert betrachtet werden.

„Führung“ bezieht sich auf die Menschen, die in einer Organisation tätig sind, sowie die Entwicklung einer Vision und die Definition von Zielen, die diese Organisation erreichen soll. Im Gegensatz dazu konzentriert sich das „Management“ stärker auf die operativen Aspekte, auf die Aufgaben und Prozesse, die zur Erreichung dieser Ziele erforderlich sind.

Der jeweilige Führungsstil bleibt den Individuen vorbehalten, die diese Führung definieren und umsetzen wollen. Es ist offensichtlich und selbstverständlich, dass Führung und Führungskräfte auf allen Ebenen fachlich kompetent in ihrem Arbeitsumfeld sein müssen. Der Aspekt der Menschlichkeit im Zusammenhang mit Führung wird jedoch nicht allgemein als selbstverständlich angesehen und bedarf einer weiteren Erläuterung. Im Gesundheitswesen muss Führung besonders sensibel betrachtet werden, da es immer um

das Wohl und die Gesundheit von Menschen geht. Die Art und Weise, wie Führung im Gesundheitswesen praktiziert wird, hat direkten Einfluss auf die Ausübung des ärztlichen und pflegerischen Berufes gegenüber dem Patienten. Denn der Führungsstil in einer medizinischen Einrichtung überträgt sich naturgemäß auf die Mitarbeiter und hat somit einen direkten Einfluss auf die Patienten. In der medizinischen Ausbildung überträgt sich der Führungsstil der Professoren, Ausbilder und Mentoren direkt auf die Medizinstudenten, Pflegestudenten und alle anderen Auszubildenden und Mentees.

Patienten, die erleben, dass sie von den sie behandelnden Ärzten nicht nur als medizinischer Fall oder Kasuistik, sondern in erster Linie als Mensch wahrgenommen werden, werden offener über ihre individuellen und krankheitsbezogenen Probleme und Symptome sprechen. Dass diese Arzt-Patienten-Adhärenz und das Vertrauen sich positiv auf den Heilungsprozess auswirken, bedarf keiner weiteren Erläuterung und ist erwiesen.¹

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die engere Verzahnung der jüngeren mit den älteren Generationen. In einer immer älteren Bevölkerungsstruktur und der damit verbundenen Erweiterung des erwerbsfähigen Alters nach oben ist es wichtig, jüngere Kolleginnen und Kollegen mit einer besseren Einsicht für die Möglichkeiten der technologischen Innovation mit der erfahrenen Generation in engere Verbindung zu setzen, sodass beide und letztlich die Vision (zum Beispiel Verbesserung der Lebensqualität durch Optimierung des Sehvermögens), die sie sich gesetzt haben, profitieren kann.

Gerade in Zeiten großer politischer, geostrategischer Herausforderungen und realer globaler Bedrohungen, seien sie gesundheitlicher (Pandemien) oder ökologischer Natur (anthropogener Klimawandel), ist es umso wichtiger zu betonen, dass der Mensch und die Menschlichkeit stets im Mittelpunkt all unserer Bemühungen stehen müssen. Dies gilt insbesondere im medizinischen Bereich und im Umgang mit der Gesundheit von Patienten. Ein anthropozentrischer Führungsstil, der auf den Grundprinzipien Menschlichkeit, Verantwortung, Kompetenz und Wissenstransfer basiert, kann uns und der Augenheilkunde helfen, optimistisch und mutig in die Zukunft zu blicken. Die DOG hat 2023 eine Führungsakademie gegründet, die eine Plattform bietet, um Ophthalmologen diese Prinzipien zum Wohle unserer Patienten zu vermitteln.

Literatur:

1. Blasini M, Peiris N, Wright T, Colloca L. The Role of Patient-Practitioner Relationships in Placebo and Nocebo Phenomena. *Int Rev Neurobiol* 2018; **139**: 211-231.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, September 2023

STATEMENT

Mein ungebetener Gast, die Sehbehinderung Retinitis pigmentosa Oder: RP und das Licht in der Dunkelheit

Franz Badura

Vorsitzender „Retina International“, einer globalen Organisation für Patient*innen mit Netzhautdegenerationen

Mein Name ist Franz Badura und seit 2020 bin ich in ehrenamtlicher Funktion „Chair“ von Retina International, dem internationalen Dachverband von Patientenorganisationen für Menschen mit Netzhautdegenerationen. Ich darf meine persönliche Geschichte über das Leben mit Retinitis pigmentosa (RP) und meine Perspektive als Patient und Betroffener heute mit Ihnen teilen. Bei „meiner“ RP handelt es sich, genauer gesagt, um eine Zapfen-Stäbchen-Dystrophie, die durch eine autosomal vererbte Mutation im CRX-Gen verursacht wird.

Eine Brille trug ich schon immer, aber im Alter von 15 Jahren verspürte ich die ersten deutlichen Beeinträchtigungen – und zwar insbesondere beim Lesen. Paradox, da ich noch kurz davor in der 6. Klasse Sieger bei Vorlesewettbewerben war. Plötzlich „stolperte“ ich über das Zeilenende. Ich hatte keine Ahnung, was da mit mir passierte.

Nach einer unschönen dreijährigen Odyssee durch zahlreiche ophthalmologische und neurologische Kliniken Deutschlands, also einer klassischen „patient journey“ der negativen Art, wurde ich dann 3 Monate vor meinem 18. Geburtstag mit dieser seltenen erblichen Netzhauterkrankung final diagnostiziert. Seitdem hat sich mein Leben in vielerlei Hinsicht verändert.

Als ich die Diagnose erhielt, war ich zunächst geschockt und auch verwirrt. Ich wusste nicht viel über RP und hatte Angst vor dem, was die Zukunft für mich bereithalten würde. Mein Sehvermögen verschlechterte sich sehr langsam, aber kontinuierlich nach immer wieder langen, für diese Form der Erkrankung üblichen Stagnationsphasen: Ich bemerkte Schwierigkeiten beim Sehen in der Dämmerung und beim Blick in den Sternenhimmel, den meine Freunde immer besser und klarer sahen als ich. Das Autofahren wurde mir mit der Diagnosestellung sofort verboten, obwohl ich längst fahren konnte.

Nach dem Abitur studierte ich aus intrinsischer Motivation zunächst Biologie, weil mich dieses Fach faszinierte und ich selbst Wissenschaftler werden wollte, um das Problem lösen zu können. Schon bald musste ich einsehen, dass dies nicht funktionieren würde, da die zentralen Sehausfälle zu gravierend waren, um zum Beispiel beim Mikroskopieren mit meinen Mitstudenten mithalten zu können.

Glücklicherweise hatte ich eine zweite große Leidenschaft, sodass ich an der Musikhochschule Köln Trompete studieren konnte und dort erfolgreich einen Abschluss erlangte. Im Rahmen einer Existenzgründung habe ich dann eine private Musikschule gegründet, die ich seither leite.

Nach 27 Jahren an Berufserfahrung als Musikschulleiter, freiberuflicher Trompeter sowie als ehrenamtlicher Botschafter und Interessensvertreter für Menschen mit einer Netzhauterkrankung in zahlreichen nationalen und internationalen Gremien kann ich sagen, dass ein Leben mit RP definitiv möglich ist.

Als ich nun diese Einladung bekam, bei der Eröffnungspressekonferenz der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft mit auf dem Podium sein zu dürfen, um meine persönliche Geschichte mit dieser Erkrankung zu berichten, war meine erste Reaktion: Ja, es freut mich einerseits, wieder einmal öffentlich darüber sprechen und aufklären zu können, aber auch, Nein, nicht schon wieder! Ein weiterer Gedanke von mir war, dass dies eigentlich ein Thema für Psychologen und Soziologen wäre.

Mein nächster Gedanke: Warum eigentlich „die“ Sehbehinderung? Feminist*innen mögen sich wehren: Sehbehinderung ist gewalttätig und wäre daher doch eher männlich ... oder eben doch nicht? Und warum die Personalisierung? Gerade die letzte Frage ist interessant: Die Behinderung scheint so schwer zu wiegen, dass man sie zur Person macht und damit zu einer Begleiterin erklärt. Für mich persönlich ist die Sehbehinderung wie eine Lebenspartnerin, die ich nicht gewählt habe, mit der ich leben muss und die mich auch nie mehr verlassen wird. Was also tun mit diesem ungebetenen Gast, der entschieden hat, zu bleiben? Willkommen heißen? Eindeutig zu viel verlangt! Verdammen? Nützt nicht viel! Nicht beachten? Funktioniert nicht, denn mir wird zu oft bewusst, dass sie immer noch da ist. Mir und ihr das Leben angenehm zu gestalten, ist extrem anspruchsvoll.

Wie schaut aber die Realität aus? Die Sehbehinderung hat sich unbemerkt und uneingeladen in mein Leben eingeschlichen und sich immer breiter gemacht. Dabei veränderte sie ihr Gesicht. Als junger Mensch hatte ich das Gefühl, ich würde mittels meiner von Kindesbeinen an gelernten exzentrischen Fixation dennoch gut sehen, vorausgesetzt, dass da nicht meist bei diffusen Lichtverhältnissen oder in der Dämmerung wieder mal ein Glas oder eine Stange im Weg stand. Über die Nachtblindheit schwindelte ich mich hinweg, indem ich Situationen im Dunkeln auswich, wo immer möglich, und mich in bekanntem Terrain bewegte. Die Gesichtsfeldeinschränkungen wurden lange Zeit mit instinktiven und

intuitiven Kopfbewegungen meist ausgeglichen. Damals konnte ich meinen Gast für lange Zeit ignorieren oder gar vergessen. Sein unerwartetes Auftauchen in den unmöglichsten Augenblicken schob ich als Episode zur Seite. Seine ganze Härte zeigte er mir, wie erwähnt, dann erstmals mit 15, als er leise, aber bestimmt begann, für mich immer mehr Türen zu meinen beruflichen Träumen zu versperren.

Schon damals schwor ich mir, dass ich ihm nie erlauben würde, mich einzusperren und mir die Lebensfreude zu nehmen. Nun, immer gelang dies nicht. Immer dann, wenn mein ungebetener Gast sein Gesicht wieder veränderte, das heißt, wenn meine Sehbehinderung schlimmer und mein Sehen schlechter wurden, brachte er mich dazu, traurig, wütend und, ich gestehe es, ja, in seltenen Situationen auch aggressiv zu werden.

Unbedingt erwähnen muss ich natürlich auch all die zwischenmenschlichen und sozialen Implikationen, die ein solcher zentraler Sehverlust mit sich bringt, insbesondere wenn man sich bewusst macht, dass fast 90 Prozent der Kommunikation in unserer visualisierten Gesellschaft auf nonverbaler Kommunikation beruhen.

Als immer optimistischer Realist verlor ich trotzdem nie den Lebensmut und den Humor, die Hoffnung und die Freude am Leben. Gleichwohl ich damals noch nicht wusste, wie es beruflich weitergehen und wie ich meine finanzielle Existenz sichern können würde.

Traurig, ja fast deprimiert wurde ich dann allerdings, als die RP dann auch noch begann, mir circa ab dem 40. Lebensjahr nach dem Gedruckten auch noch die Gesichter und die Gestalt meiner Mitmenschen mehr und mehr zu verbergen.

Heute sehe ich wie durch eine verschmierte Windschutzscheibe im Auto, also komplett unscharf, habe aber immer noch eine deutliche Lichtwahrnehmung, und bei guten Lichtverhältnissen sah und sehe ich immer noch besser als bei Dunkelheit, in der ich faktisch blind bin.

Habe ich damit meine Sehbehinderung akzeptiert? Nein, ganz bestimmt nicht! Gut sehen würde ich jederzeit wieder gerne, und ein Königreich würde ich dafür geben!

Meine Sehbehinderung und ich haben seit Langem eine Art Waffenstillstand geschlossen. Ich arrangiere mich mit ihren Vorgaben (meistens). Ich nutze natürlich alle Möglichkeiten, um sie auszutricksen: durch die Sprachausgabe am Computer, viele andere intelligente Hilfsmittel, natürlich ein sprechendes Smartphone mit cleveren Apps, denn die Digitalisierung

ist für sehbehinderte und blinde Menschen ein echter Durchbruch, weil sie eine vollständige Teilnahme am sozialen Austausch und vielem mehr ermöglicht. Oftmals reicht aber auch die Unterstützung durch viele hilfsbereite und nette Mitmenschen, die es immer noch sehr zahlreich gibt. Manchmal wiege ich mich in der Illusion, trotz Sehbehinderung sei alles ganz einfach. Diese Art der Missachtung schätzt aber mein Gast nicht. Unser Waffenstillstand wird brüchig und wir müssen uns neu arrangieren, wenn ich wieder mal in der Notaufnahme war und mir einen kleinen Cut an der Augenbraue nähen lassen muss, weil ich abermals etwas übersehen hatte, übrigens meist zu Hause oder im eigenen Garten, weil man sich dort sicher fühlt und die Konzentration nachlässt.

So erstaunlich es ist, manchmal zeigt sich mein Gast aber auch kooperativ. Dank meiner Sehbehinderung habe ich Menschen kennengelernt, die ich sonst nie getroffen hätte. Ein Freund in Retina International sagte mir einmal, dank unserer uneingeladenen Lebensgefährtin RP sei er in Länder gereist, die er sonst nie im Leben besucht hätte.

Das Gleiche gilt für mich: „Dank“ der RP habe ich mich seit 1989 mit Fragen am Puls der Wissenschaft intensiv auseinandergesetzt, als ich nach dem Abitur selbst Naturwissenschaftler werden wollte. Wie bereits angesprochen, hat mir das Mikroskopieren im Botanik-Praktikum bereits nach einem Jahr unmissverständlich klargemacht, dass dieser Studiengang, für den eine funktionierende Sehkraft unabdingbar ist, für mich keine Zukunft hat. Die Faszination an Wissenschaft und Medizin aber lässt mich bis heute nicht los. Seit über 30 Jahren habe ich national und international regelmäßig wissenschaftliche Kongresse besucht und in der Selbsthilfe eine Berufung gefunden, die mich erfüllt. Es ist ein Privileg, so viele tolle Menschen, Patienten, Kliniker und Wissenschaftler kennengelernt zu haben und immer wieder neue kennenlernen zu dürfen. Mein Dauergast hat mir nicht nur genommen, sondern auch viel gegeben. Mich in schwierigen Situationen daran zu erinnern und daraus dann auch wieder Kraft zu schöpfen, ist meine ständige Herausforderung!

Eine entscheidende Rolle spielte auch das soziale Umfeld. Meine Familie und ganz viele wirklich gute Freunde unterstützen mich bis zum heutigen Tage bedingungslos und ermutigen mich, meine Interessen und Leidenschaften trotz aller zu umschiffenden Klippen weiterzuverfolgen.

Gleichgesinnte, Wegbegleiter und Mitstreiter habe ich auch in knapp 35 Jahren als Mitglied bei PRO RETINA Deutschland gefunden – der ältesten Patientenorganisation für Menschen mit RP, AMD, dem Usher-Syndrom und anderen seltenen Netzhauterkrankungen. Der Austausch mit anderen Betroffenen half mir, mich verstanden und nicht allein zu fühlen, und

gab mir ebenso wie Freunde und Familie Kraft, meinen Weg – auch in der Selbsthilfe und nah an der Wissenschaft – weiterzugehen.

RP mag mein Leben auf eine unangenehme und unerwartete Weise beeinflusst haben, aber ich bin dankbar für die Erkenntnisse, die ich dadurch gewonnen habe. Ich bin zu einem positiven „Kämpfer“ geworden, der sich den Herausforderungen des Lebens mutig stellt und nach Lösungen sucht, anstatt sich von ihnen überwältigen zu lassen.

Die Auseinandersetzung mit der eigenen Verletzlichkeit hat mich meiner Ansicht nach zu einer stärkeren und einfühlsameren Person gemacht. Ich habe gelernt, die kleinen Freuden des Lebens intensiver wahrzunehmen und nicht auf äußere Bestätigung angewiesen zu sein, um Selbstwertgefühl zu entwickeln.

Meine Botschaft an alle, die mit RP oder einer ähnlichen Erkrankung leben, ist: Lasst euch nicht von eurer Diagnose definieren! Eure Träume, eure Ziele und eure Fähigkeiten sind nach wie vor real und erreichbar. Zwar mit Einschränkungen und über Umwege, aber das gilt für die meisten Menschen. Es mag Momente der Dunkelheit geben, aber auch in der Dunkelheit gibt es ein Licht, das euch den Weg weist. Greift nach diesem Licht und lasst es euren Weg erhellen. Denn in jedem von uns brennt eine innere Flamme und Stärke, die uns dazu befähigt, die Widrigkeiten des Lebens zu überwinden und ein erfülltes Leben zu führen.

Das Leben mit einer degenerativen Netzhauterkrankung ist zweifellos eine Herausforderung, aber es kann auch eine Reise der Selbsterkenntnis, des Wachstums und der Widerstandsfähigkeit sein.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, September 2023

STATEMENT

Alterssichtigkeit: Sonderlinsen aus Sicht der Patient*innen – wer ist zufrieden, wer ist unzufrieden?

Professor Dr. med. Gerd Auffarth

Ärztlicher Direktor der Augenklinik am Universitätsklinikum Heidelberg

Bei allen Menschen setzt in etwa in der 5. Lebensdekade die sogenannte Alterssichtigkeit ein. Dies bedeutet, dass die Augenlinse nicht mehr in der Lage ist, sich für die Nähe scharf zu stellen. Dieser Prozess beginnt schleichend und zieht sich über etwa 10 Jahre hin. Die Patienten brauchen dann eine Korrektur für die Nähe, sprich eine Lesebrille.

Viele Patienten empfinden die Abhängigkeit von einem Hilfsmittel wie einer Lesebrille und die Unfähigkeit, in der Nähe scharf zu sehen, als sehr belastend. Insbesondere wenn sie schon in jungen Jahren sich zum Beispiel haben lasern lassen, um brillenfrei zu sein, empfinden sie diese erneute Brillenabhängigkeit als sehr einschränkend.

Immer mehr Menschen stellen sich daher bei Augenärzten/Augenchirurgen vor, um eine Operation durchführen zu lassen, die sie unabhängig auch von der Lesebrille macht. Durchgesetzt hat sich hier die Operation, bei der die natürliche Augenlinse, die eigentlich noch klar ist, entfernt wird wie bei einer Grauen-Star-Operation und durch eine Spezial-Kunstlinse ersetzt wird, die ein Sehen auch in der Nähe ermöglicht.

Hierzu stehen verschiedene Intraokularlinsen zur Verfügung, die bekanntesten hier sind Trifokallinsen, die eine gute Sehschärfe in der Ferne, im Zwischenbereich und in der Nähe ermöglichen.

Des Weiteren gibt es sogenannte Tiefenschärfenlinsen (EDOF), Intraokularlinsen, die zumindest in der Ferne und im Zwischenbereich (Computerabstand, teilweise Handynutzung) eine Brillenunabhängigkeit erreichen.

Beim sogenannten refraktiven Linsenaustausch zur Alterssichtigkeitsbehandlung wie auch bei einer Grauen-Star-Operation können sogenannte multifokale/trifokale Intraokularlinsen oder Intraokularlinsen mit verbesserter Tiefenschärfe eingesetzt werden.

Auch wenn es grundsätzlich eine sehr sichere Operation ist, wie eine klassische Graue-Star-Operation bei alten Menschen, so gibt es jedoch durchaus Komplikationen, die bei einem Eingriff, der im Prinzip „nur“ eine Lifestyle-Verbesserung erzielen soll, ernst zu nehmen sind.

Die Patientenzufriedenheit ist generell mit diesen Eingriffen und den entsprechenden Intraokularlinsen sehr groß, allerdings sind mit den optischen Prinzipien auch Nebenwirkungen verbunden. So kann es vorkommen, dass die Patienten zwar generell mit

der Performance der Intraokularlinse zufrieden sind, aber in einem Teilbereich, zum Beispiel nur die Ferne oder nur der Zwischenbereich, nicht zufrieden sind.

Dies kann dadurch hervorgerufen werden, dass eine Hornhautverkrümmung vorliegt, die nicht korrigiert wurde, oder die Intraokularlinsenberechnung noch einen Rest Brechkraftfehler vermisst.

Bei Trifokallinsen wird das Licht auf 3 Bereiche verteilt. Dadurch können Überlappungszonen entstehen, die der Patient nachts beim Autofahren zum Beispiel als sogenannte Halos um Lichtquellen sieht, was im Einzelfall als sehr störend empfunden werden kann und im Einzelfall sogar zur Entfernung der Intraokularlinse führen kann.

Auch besteht durch diese Lichterscheinungen die Gefahr, dass die Nachtfahrtauglichkeit zum Führen eines Autos nicht mehr gewährleistet ist.

Es gibt bestimmte Patientenprofile und Berufsgruppen, für die dieser Eingriff ungünstig ist oder bei denen die Chancen von Patientenunzufriedenheit höher sind.

Bei einem solchen Eingriff sollte immer eine ausführliche Untersuchung durchgeführt werden, die auch die generelle Lebenssituation des Patienten umfasst, und eine individualisierte Lösung angestrebt werden. Die eine Intraokularlinse, die für alle Patienten generell passt, gibt es in diesem Zusammenhang nicht.

Den meisten Leuten ist die refraktive Augen Chirurgie in Form von Laserbehandlungen in jungen Jahren, insbesondere bei Kurzsichtigkeit, bekannt und damit kann eine gute Brillenunabhängigkeit erreicht werden.

Im frühen Alter kommt dann die Alterssichtigkeit, die wieder eine Brillenabhängigkeit mittels Lesekorrektur hervorruft.

In den letzten Jahren „hat sich ein neuer Markt entwickelt“, bei der die klare Augenlinse entfernt und eine Kunstlinse eingesetzt wird, die auf speziellen optischen Prinzipien beruht.

Trifokallinsen und Tiefenschärfenlinsen können wieder eine Brillenunabhängigkeit in allen/vielen Bereichen ermöglichen.

Es sind jedoch einige Aspekte zu beachten, um Komplikationen zu vermeiden und eine hohe Patientenzufriedenheit zu erreichen.

Hier ist insbesondere auch auf die Richtlinien der Kommission Refraktive Chirurgie (KRC) zu verweisen, was den Anwendungsbereich und Grenzbereich der chirurgischen Indikation angeht.

Literatur:

Romano V, Madrid-Costa D, Alfonso JF, Alio J, Allan B, Angunawela R, Auffarth G, Carones F, Khoramnia R, Moore J, Nanavaty MA, Savini G, Pagano L, Romano MR, Virgili G, Fernández-Vega-Cueto L. Recommendation for Presbyopia-Correcting Intraocular Lenses: A Delphi Consensus Statement by the ESASO Study Group. *Am J Ophthalmol*. 2023 Sep; 253:169-180. doi: 10.1016/j.ajo.2023.05.002. Epub ahead of print. PMID: 37236521.

Khoramnia R, Baur ID, Łabuz G, Köppe MK, Hallak MK, Auffarth GU. Functional outcomes after bilateral refractive lens exchange with a continuous-range-of-vision IOL. *J Cataract Refract Surg*. 2023 Jul 19. doi: 10.1097/j.jcrs.0000000000001265. Epub ahead of print. PMID: 37464558.

Baur ID, Łabuz G, Yildirim TM, Auffarth GU, Khoramnia R. Reversible Multifocality Achieved Through Polypseudophakia. *Klin Monbl Augenheilkd*. 2023 Aug; 240(8):981-988. English, German. doi: 10.1055/a-2079-1692. Epub ahead of print. PMID: 37391182.

Ong LF, Oh A, Yi JK, Gu JS, Marvasti AH, Nguyen BB, Tran DB, Lee JK. Refractive lens exchange – who is getting it, what are they getting, how are they doing? *Curr Opin Ophthalmol*. 2023 Jul 1;34(4):280-289. doi: 10.1097/ICU.0000000000000956. Epub 2023 May 15. PMID: 37254862.

Fernández J, Alfonso Sánchez JF, Nieradzick M, Valcárcel B, Burguera N, Kapp A. Visual performance, safety and patient satisfaction after bilateral implantation of a trifocal intraocular lens in presbyopic patients without cataract. *BMC Ophthalmol*. 2022 Aug 10;22(1):341. doi: 10.1186/s12886-022-02556-y. PMID: 35948879; PMCID: PMC9364506.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, September 2023

STATEMENT

Glaukom: Warum es so schwierig ist, den Grünen Star zu operieren – und wie es trotzdem gelingen kann

Professor Dr. med. Verena Prokosch
Zentrum für Augenheilkunde, Universitätsklinikum Köln

Das Glaukom ist die häufigste irreversible Erblindungsursache in der westlichen Welt. Häufig bleibt die Erkrankung lange unerkannt, da sie zunächst meist im äußeren Gesichtsfeld des Patienten unmerklich beginnt und prinzipiell langsam immer weiter fortschreitet. Daher wird die Erkrankung meistens erst sehr spät und häufig als Zufallsbefund bei Routineuntersuchungen festgestellt. Einmal eingetretener Verlust an Nervenzellen ist irreversibel. Die Erkrankung kann daher nicht geheilt, sondern nur verlangsamt werden. Der Hauptrisikofaktor der Erkrankung ist der erhöhte Augeninnendruck. Die einzige bislang evidenzbasierte Therapie zur Verlangsamung der Erkrankung ist die Augeninnendrucksenkung. Dieses kann medikamentös in Form von Augentropfen, mittels Laser oder operativ erfolgen. Da die Therapietreue dieser chronischen Erkrankung Studien zufolge geringer als 50 Prozent ist, ist bei vielen Patienten der Erfolg dieser Drucksenkung meistens begrenzt. Die operative Drucksenkung ist für die meisten Patienten zunächst wenig attraktiv, da sie zumeist anfangs ja kaum Beschwerden haben und der Eingriff selbstverständlich als invasiv angesehen wird. Daher werden die meisten Patienten viel zu spät operiert, wenn bereits viel Gewebe verloren gegangen ist. Ein weiteres Problem ist, dass durch die Glaukomoperation keine Besserung des Sehens eintritt. Ganz im Gegenteil, je nach Operationsart kann das Sehen vorübergehend auch etwas eingebüßt sein. Einige stark drucksenkende Operationen sind ebenfalls von der Mitarbeit in der postoperativen Tropfenapplikation, aber auch den manchmal häufigen Nachkontrollen abhängig. Hinzukommend gibt es mittlerweile eine Vielzahl an verschiedenen Glaukomoperationen zu verschiedenen Stadien, aus denen die richtige ausgewählt werden sollte. Hier die Übersicht zu behalten, ist manchmal schwer.

Zusammenfassend ergeben sich folgende Problemstellungen bezüglich der operativen Glaukomverfahren:

- Patienten werden meist erst zu spät operiert, da spät erkannt und Symptome meistens nicht vorhanden. Dieses reduziert die Bereitschaft zur Operation für Patient und Arzt.
- Eine Glaukomoperation an sich bringt keine Besserung der Sehqualität, sondern kann vorübergehend erst einmal zu einer schlechteren Sehqualität führen.
- Je nach durchgeführter Operation ist die Nachsorge aufwendig und das Ergebnis stark abhängig von der Mitarbeit des Patienten.

Mittlerweile gibt es über ein Dutzend verschiedene Augeninnendruck senkende Verfahren, aus denen ausgewählt werden kann. Hier das richtige auszuwählen und die Übersicht zu behalten, fällt häufig schwer.

Andererseits zeigt sich deutlich, dass Patienten, die früh mit einem milden glaukomchirurgischen Verfahren operiert worden sind, auch gerade in Kombination mit einer Katarakt-Operation eine bessere Gesichtsfeldentwicklung aufweisen (Gazzard et al., 2022) als Patienten, die nur an der Linse operiert worden sind. Die neueren Verfahren der minimalinvasiven Stents können damit bei milden Formen den Augeninnendruck zusätzlich um einige Zeiger reduzieren und damit unabhängig von der Therapietreue der Patienten agieren. Patienten mit mildem Glaukom und begleitender Katarakt sollten daher vielmehr über die Möglichkeit der kombinierten Operation aufgeklärt werden.

Andererseits bringen bei fortgeschrittenen Glaukomen Stents keine deutliche Besserung, hier müssen stärkere Verfahren in Betracht kommen. Patienten mit fortgeschrittenen Formen sollten über diese Maßnahmen (Trabekulektomie et cetera) aufgeklärt werden.

Um aber bei den vielen verschiedenen Maßnahmen die Übersicht zu behalten, hat die EGS nun ein Weißbuch veröffentlicht (9/23), in dem Empfehlungen für die richtige Wahl des richtigen Verfahrens gegeben werden.

Die Fülle der operativen Möglichkeiten in der Glaukomchirurgie ist gewaltig. Um mehr sehende Jahre zu gewähren, ist es wichtig, Patienten Zugang zu operativen Möglichkeiten zu geben und das richtige Verfahren zu dem richtigen Zeitpunkt und richtigen Stadium auszuwählen. Hier ist viel Aufklärungsbedarf bei Versorgern und Patienten zu leisten. Gemeinsam kann es aber in der modernen Medizin gelingen.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, September 2023