

Jahrestagung **der** **Sächsische** **Augenärztliche** **Gesellschaft**



www.sag-auge.de

28. & 29. November 2025

in Dresden



Bayer Vital GmbH
www.gesundheit.bayer.de
Sponsoringsumme: € 5000,-



Roche Pharma AG
www.roche.de
Sponsoringsumme: € 5000,-



OCULUS Optikgeräte GmbH
www.oculus.de
Sponsoringsumme: € 3325,-

smile eyes :)
Augenmedizin + Augenlasern

MVZ Augen- und Laserzentrum Mitteldeutschland GmbH
www.augen-und-laserzentrum.de
Sponsoringsumme: € 2900,-



Alcon Deutschland GmbH
www.de.alcon.com
Sponsoringsumme: € 2825,-



Atelier für künstliche Augen - Kunstaugenpraxis Birke GmbH
www.kunstaugenpraxis-birke.de
Sponsoringsumme: € 2825,-



Novartis Pharma GmbH
www.novartis.de
Sponsoringsumme: € 2650,-



Firma Franz Kuschel, Inh. Tobias Kuschel
www.franz-kuschel.de
Sponsoringsumme: € 2525,-



Outlook Therapeutics, Inc.
www.outlooktherapeutics.com
Sponsoringsumme: € 1550,-



HumanOptics Holding AG
www.humanoptics.com
Sponsoringsumme: € 2350,-



AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG - EyeCare
www.abbvie.com
Sponsoringsumme: € 2325,-



Amgen GmbH
www.amgen.de
Sponsoringsumme: € 2325,-



Bausch + Lomb
www.bausch-lomb.de
Sponsoringsumme: € 2325,-



ebiga-VISION GmbH
www.ebiga-vision.com
Sponsoringsumme: € 2325,-



Haag-Streit Deutschland GmbH
www.haag-streit.de
Sponsoringsumme: € 2325,-



HOYA Surgical Optics GmbH
www.hoyasurgicaloptics.com
Sponsoringsumme: € 2050,-



Ursapharm Arzneimittel GmbH
www.ursapharm.de
Sponsoringsumme: € 2050,-



Heidelberg Engineering GmbH
www.HeidelbergEngineering.de
Sponsoringsumme: € 2000,-



bon Optic Vertriebsgesellschaft mbH
www.bon.de
Sponsoringsumme: € 1850,-



OmniVision GmbH
www.omnivision.de
Sponsoringsumme: € 1850,-



ZEISS
www.zeiss.de/meditec
Sponsoringsumme: € 1.850,-



Medana GmbH
www.medana.de
Sponsoringsumme: € 1800,-



Advanz Pharma GmbH
www.advanzpharma.com
Sponsoringsumme: € 1550,-



BergApotheke
www.ba-unternehmensgruppe.de
Sponsoringsumme: € 1550,-



Sight Sciences GmbH
www.sightsciences.com
Sponsoringsumme: € 1550,-



VSY Biotechnology GmbH
www.vsybiotechnology.com
Sponsoringsumme: € 1550,-



Ziemer Ophthalmology (Deutschland) GmbH
www.ziemerophthalmology.de
Sponsoringsumme: € 1550,-



Alimera Sciences Ophthalmologie GmbH
www.alimera-sciences.de
Sponsoringsumme: € 1450,-



SUN PHARMACEUTICALS Germany GmbH
https://sunpharma.com/germany/
Sponsoringsumme: € 1350,-



Oertli Ophthalmologic Deutschland GmbH
https://www.oertli-ophthalmologic.de/
Sponsoringsumme: € 525,-



Hanita Lenses GmbH
www.hanitalenses.com
Sponsoringsumme: € 500,-



SCHWIND eye-tech-solutions GmbH
www.eye-tech-solutions.com/de
Sponsoringsumme: € 500,-



Dr. Ausbüttel & Co. GmbH
www.draco.de
Sponsoringsumme: € 300,-

Kurzfassungen der Vorträge – Freitag, 28. November 2025

I. Wissenschaftliche Sitzung

Netzhaut 1

01.01 R **Rheumatogene Netzhautablösung ohne PVR - brauchen wir etwas außer Luft?**
Olga Furashova (Chemnitz)

01.02 V **Postoperative Lagerung und Entwicklung einer proliferativen Vitreoretinopathie (PVR) nach Vitrektomie für Netzhautablösung**
Max Griebisch^{1,2}, H. Heimann¹, R. Hussain¹, F. Jmor¹, P. Chua¹, T. Sandinha¹, I. Pearce¹, C. Groenewald¹, S. Z. Tan¹ (¹Liverpool/UK, ²Grimma)

Ziel: Es soll eine Fallserie von Patienten vorgestellt werden, die nach der Operation einer primären Netzhautablösung mittels Vitrektomie eine proliferative Vitreoretinopathie (PVR) entwickelten. Dabei wird insbesondere der Einfluss der postoperativen Lagerung auf die Lokalisation der PVR-Entstehung untersucht.

Methoden: Operationszeichnungen bzw. präoperative Optos-Aufnahmen sowie postoperative Optos-Bilder wurden analysiert, um das Ausmaß und die Verteilung der postoperativen PVR zu beurteilen. Die Anweisungen zur postoperativen Lagerung nach der primären Netzhautablösung wurden anhand der Operationsberichte in der Medisight-Software ausgewertet und mit der PVR-Verteilung auf den postoperativen Optos-Bildern verglichen.

Ergebnisse: In keinem der Fälle konnte prä- oder intraoperativ eine PVR festgestellt werden. Trotz erfolgreicher Behandlung der ursächlichen Netzhautrisse entwickelten die Patienten postoperativ eine PVR. Interessanterweise trat die PVR bevorzugt auf jener Seite der Netzhaut auf, auf die sich die Patienten postoperativ nachts lagern sollten – also gegenüber der ursprünglichen Ablösungsstelle.

Schlussfolgerung: Ob die postoperative Lagerung ursächlich zur PVR-Entstehung beiträgt, lässt sich anhand der vorliegenden Fälle nicht eindeutig klären. Die Fallserie legt jedoch nahe, dass die Lagerung nach der Operation einen Einfluss auf die Verteilung der PVR haben könnte. Weitere Untersuchungen sind notwendig, um einen kausalen Zusammenhang zu überprüfen.

01.03 R **ILM Peeling bei rheumatogener Ablatio**
Katja Kiel (Dresden)

01.04 R **Vitrektomie bei proliferativer diabetischer Retinopathie**
Dirk Sandner (Dresden)

In Deutschland sind gegenwärtig 8,9 Millionen Menschen an einem Diabetes mellitus erkrankt, davon entfallen 95,5 % auf einen Typ-2-Diabetes. Insbesondere der Anstieg der Inzidenz unter den 20- bis 40-Jährigen ist alarmierend. Die okulären Folgeerkrankungen bedrohen mit dem diabetischen Makulaödem die Lesefähigkeit. Die proliferative diabetische Retinopathie (PDR) stellt in den entwickelten Industrieländern die häufigste Erblindungsursache im erwerbsfähigen Erwachsenenalter (in Deutschland mit ca. 700 Neuerblindungen pro Jahr) dar. Neben den Diabetesjahren mit hyperglykämischer Stoffwechsellage sind eine ungenügend regulierte arterielle Hypertonie, eine Dyslipoproteinämie, Rauchen und eine bereits bestehende Nephropathie Risikofaktoren für die Entwicklung einer visusbedrohenden PDR.

Die panretinale Laserkoagulation stellt hier nach wie vor eine wichtige initiale Therapiensäule dar. Der nicht destruktive, gesichtsfeldschonende Ansatz intravitrealer Anti-VEGF-Gaben hat seinen Preis in einer langfristigen bzw. ggf. dauerhaften Therapie mit notwendigen, engmaschigeren Kontrollen. Selten ist die Entwicklung eines Anti-VEGF-Crunch-Syndroms möglich. Additiv – insbesondere unmittelbar (1–3 Tage) vor einer geplanten pars-plana-Vitrektomie (ppV) – ist, hier aufgrund der Reduktion des intraoperativen Blutungsrisikos, die intravitreale Anti-VEGF-Gabe hilfreich.

Indikationen für eine ppV bei PDR sind dichte Glaskörperblutungen ohne Resorptionstendenz, schwere progressive fibrovaskuläre Proliferationen, eine traktive Ablatio retinae mit frischer oder drohender Makulabeteiligung, eine kombinierte traktiv-rheumatogene Ablatio retinae oder dichte prämakuläre Blutanteile mit deutlicher Sehbeeinträchtigung. Durch den Eingriff können die Glaskörpergrenzmembran als Leitschiene der fibrovaskulären Proliferationen, epiretinale Membranen, vitreoretinale Traktionen und akkumulierte Wachstumsfaktoren entfernt werden; eine Komplettierung der notwendigen panretinalen Laserkoagulation ist möglich. Durch die Wiederanlage der Netzhaut sowie die Entfernung prämakulärer Sanguisanteile besteht die Chance einer Visusverbesserung.

Die Wahl eines ein- oder zweizeitigen Vorgehens, die Art der Narkose, die Größe der Zugangswege (20G–27G), die notwendige Endotampnade am Ende der ppV sowie der erreichbare Visusgewinn sind abhängig von der Ausprägung der Proliferationen und Traktionen sowie der Schwere der retinalen Ischämie. Eine länger bestehende traktive Makulabeteiligung sowie eine deutliche präoperative Rubeosis iridis sind ungünstige prognostische Zeichen.

Innovationen im operativen Setting der ppV sowie die enge Zusammenarbeit zwischen niedergelassenem Augenarzt, Klinik, Diabetologen und Hausarzt werden perspektivisch zu einer weiteren Verringerung der diabetesbedingten Erblindungen beitragen.

Ziel: Präsentation des Krankheitsbildes der Purtscher ähnlichen Retinopathie

Methode: Aufarbeitung anhand einer Kasuistik.

Ergebnis: Bei dem Krankheitsbild der Purtscher ähnlichen Retinopathie handelt es sich um ein seltenes Krankheitsbild, das einerseits keiner standardisierten Behandlung unterliegt, deren interdisziplinäre Abklärung andererseits für das Outcome des Patienten unerlässlich ist.

Schlussfolgerung: korrekte Diagnosestellung und Einleitung einer interdisziplinären Abklärung als Mittelpunkt der augenärztlichen Behandlung

Ziel: Die Purtscher-ähnliche Retinopathie ist eine seltene Komplikation systemischer Erkrankungen wie akuter Pankreatitis. Ziel dieser Fallpräsentation ist die Darstellung des klinischen Verlaufs und die Abgrenzung gegenüber anderen Ursachen makulärer Veränderungen.

Methode: Ein 39-jähriger Patient stellte sich am 06.08.2025 mit beidseitiger Visusminderung vor, die seit dem 15.07.2025 nach akuter Pankreatitis bestand.

Diagnostik: Funduskopie, OCT und Fluoreszeinangiographie. Differenzialdiagnostisch wurden neben Purtscher-ähnlicher Retinopathie auch andere Ursachen eines Makulaödems berücksichtigt, insbesondere Makula-Teleangiectasie Typ 2 (MacTel2). Neueste Entwicklungen zeigen, dass für MacTel2 mittlerweile die erste von der FDA zugelassene gentherapeutische Behandlung (revakinagene taroretcel-lwey) verfügbar ist, welche den Verlust von Photorezeptoren verlangsamt und die Sehfunktion erhält. Therapeutische Optionen wie intravitreale Anti-VEGF-Therapie wurden diskutiert. **Ergebnis:** Die Erstuntersuchung zeigte Cotton-Wool-Herde, harte Exsudate und zystoides Makulaödem beidseits. OCT bestätigte das bilaterale Makulaödem. Die Fluoreszeinangiographie vom 14.08.2025 ergab peripapilläre und perifoveale Hyperfluoreszenz mit Leakage, jedoch keine Ischämie. Befunde waren nicht vereinbar mit MacTel2, sodass Purtscher-ähnliche Retinopathie als wahrscheinlichste Diagnose verblieb. Im Verlauf zeigte sich partielle Spontanbesserung mit Rückgang intraretinaler und subretinaler Flüssigkeit. Der Patient wählte zunächst engmaschige Beobachtung statt Anti-VEGF-Therapie.

Schlussfolgerung: Purtscher-ähnliche Retinopathie kann mit Makulaödem und signifikanter Visusminderung einhergehen, zeigt jedoch teilweise Spontanbesserungen. Sie sollte bei akuter Visusminderung und systemischen Erkrankungen wie akuter Pankreatitis früh erkannt werden. Bevacizumab stellt insbesondere bei ausgeprägtem Makulaödem eine pathophysiologisch fundierte, vielversprechende Therapieoption dar. Da keine standardisierte Behandlung existiert, ist die Beobachtung bei spontaner Visusverbesserung und Rückgang des Ödems im OCT angemessen. Eine aktuelle Übersichtsarbeit unterstützt diese Strategie. Die Differenzialdiagnose MacTel2 ist entscheidend, da neue zugelassene Therapieoptionen wie revakinagene taroretcel-lwey unterschiedliche Behandlungsstrategien erfordern.

Ziel: Das corneale Dickenprofil soll bei Patienten mit primärem Offenwinkelglaukom (POWG) und Pseudoexfoliations (PEX)-Glaukom analysiert und der Einfluss verschiedener Faktoren untersucht werden.

Methode: Die Daten von 286 Patienten (161 Hochdruck-, 76 Normaldruck-, 49 PEX-Glaukom) und 112 gleichaltrigen gesunden Probanden wurden eingeschlossen. Anamnestische Daten wurden erfasst und Messungen mittels Pentacam HR, Humphrey Perimeter, Heidelberg Retina Tomograph und Nidek-Endothelzellmikroskopie erfolgten. Zudem wurden biomechanische Parameter, gemessen mittels Scheimpfluganalyzer Corvis ST, zwischen 225 der POWG-Patienten und 76 nach Alter, Augeninnendruck und zentraler Hornhautdicke angepassten gesunden Probanden verglichen.

Ergebnisse: Bei Glaukompatienten war die zentrale Hornhautdicke im Vergleich zu gesunden Probanden reduziert ($p < 0,001$). Zudem zeigte sich ein geringerer Anstieg der cornealen Dicke vom Zentrum zur Peripherie als bei Gesunden ($p < 0,008$). Signifikante Unterschiede bestanden zwischen den verschiedenen Glaukomformen ($p < 0,001$). Die Veränderungen waren zudem assoziiert zur Krankheitsdauer, zur funktionellen und zur strukturellen Schädigung. Bei Prostaglandinanaloga (PGA)-Anwendung waren die zentral und peripher gemessenen Hornhautdickenwerte signifikant reduziert ($p < 0,05$). Der Großteil der mittels Corvis ST gemessenen biomechanischen Parameter unterschied sich zwischen POWG-Patienten und gesunden Teilnehmern. Zwischen Patienten mit und ohne PGA-Therapie waren unter anderem die Parameter A2 deflection length ($p = 0,002$), A2 deflection area ($p = 0,001$) und DA ratio max 1 mm ($p = 0,001$) signifikant verschieden.

Schlussfolgerung: Die Glaukom-assoziierte Reduktion der Hornhautdicke betrifft nicht nur das Zentrum, sondern auch die Peripherie. Diese Dickenreduktion ist mit Indikatoren der Krankheitsschwere assoziiert. Die Langzeitanwendung von PGAs bedingt nicht nur eine zentrale und periphere Hornhautdickenreduktion, sondern scheint auch die corneale Biomechanik zu beeinflussen.

Ziel: Der wachsende Bedarf an präzisen ophthalmologischen Eingriffen infolge steigender Patientenzahlen stellt hohe Anforderungen an die chirurgische Ausbildung. Klassische Wet-Labs bieten zwar eine realitätsnahe Trainingsumgebung, sind jedoch kostenintensiv und nicht immer flexibel verfügbar. Ziel dieser Arbeit ist die Evaluation eines neu entwickelten, kostengünstigen und praxisnahen Trainingsmodells, das das Erlernen komplexer operativer Techniken ermöglichen soll.

Methode: Das System besteht aus einem mit CAD-Software konstruierten Gesichtsmodell, das von einem umlaufenden Becken mit integriertem Abwasserkonzept umschlossen wird, um einen trockenen Arbeitsplatz zu gewährleisten. Auf Höhe der Augen sind beidseits Stellzylinder verbaut, die auf Federn gelagert sind. Klemm-Einsätze schließen die Konstruktion bündig zur Gesichtsoberfläche ab und bilden das Widerlager, gegen das die Augen auf den Stellzylindern von unten angedrückt werden. Das System ermöglicht unter dem Operationsmikroskop das Üben von kornealen Nähten und Inzisionen, Bindehautnähten, intravitrealen Injektionen, die Handhabung des Phakogeräts sowie Eingriffen am Glaskörper.

Ergebnis: Das Modell wurde von Weiterbildungsassistenten und erfahrenen Augenchirurgen im Rahmen eines Wet-Lab-Seminars erprobt und mit etablierten Fixationssystemen verglichen. Die Fixierung der Augen erwies sich als stabil und belastbar, sodass alle vorgesehenen chirurgischen Techniken ohne relevante Bewegung des Präparats durchgeführt werden konnten. Die Handhabung wurde als intuitiv und überaus realitätsnah beschrieben. Zudem ergab sich eine Kostenersparnis im Vergleich zu kommerziell erhältlichen Lösungen.

Schlussfolgerung: Das vorgestellte Trainingsmodell vereint hohe Realitätsnähe mit wirtschaftlicher Herstellung und bietet damit eine wertvolle Ergänzung für die chirurgische Ausbildung. Es ist sowohl für Studierende und Assistenzärzte als auch für Trainingszentren, Industriepartner und Pharmazievertreter geeignet, die eine effektive und zugleich kostenschonende Möglichkeit zum Erlernen und Üben operativer Techniken suchen.

II. Wissenschaftliche Sitzung

Kinder / Orbita

02.01 R **Neue Entwicklungen der Strabismus-Chirurgie**

Viktoria Bau (Dresden)

02.02 R **ROP-Therapie: Alte und neue Herausforderungen**

Matina Economopoulou (Dresden)

02.03 V **Update zur Myopieprogression im Schulalter**

Antonia Bottesi (Dresden)

02.04 R **Aktuelle Therapieoptionen bei EO**

Juliane Matlach (Leipzig)

Die Endokrine Orbitopathie (EO) ist eine immunvermittelte Orbitopathie, bei der entzündliche Prozesse zu Proptosis, Motilitätsstörungen bis zur schweren Visusminderung führen können. Das Spektrum der medikamentösen Therapie hat sich in den letzten Jahren deutlich erweitert. Intravenöse Glukokortikoide bleiben die etablierte Erstlinientherapie bei aktiver, moderater bis schwerer EO und zeigen verlässliche Effekte auf die Reduktion der Entzündungsaktivität. Kombinationstherapien, beispielsweise mit Mycophenolatmofetil, können die Wirksamkeit verbessern und wurden in der aktuellen Leitlinie berücksichtigt. Weitere medikamentöse Optionen als Zweitlinientherapien umfassen Biologika wie Rituximab oder Tocilizumab, die in ausgewählten Fällen eingesetzt werden können. Rituximab wird insbesondere bei steroidrefraktären Verläufen, während Tocilizumab bei Patienten mit hoher entzündlicher Aktivität und Versagen anderer Therapien vielversprechend ist.

Neuere immunmodulatorische Wirkstoffe bieten zusätzliche Optionen für Patienten, bei denen herkömmliche Therapien nicht ausreichend wirksam sind. Dazu gehört der IGF-1R (Insulin-like-Growth-Factor-1-Rezeptor)-Antikörper Teprotumumab, der in klinischen Studien deutliche Verbesserungen der Entzündungszeichen, des Exophthalmus und der Motilität gezeigt hat. Teprotumumab wurde im Januar 2020 durch die FDA in den USA und im Juni 2025 durch die EMA für die EU zugelassen.

Insgesamt ermöglichen die verfügbaren medikamentösen Therapieformen einen differenzierten und individualisierten Behandlungsansatz, der je nach Krankheitsaktivität, Schweregrad und Ansprechen auf Vorbehandlungen angepasst wird, ohne eine spezifische Medikation zu bevorzugen; zugleich sind therapiespezifische Nebenwirkungen der neuen Immunmodulatoren sorgfältig zu beachten.

02.05 R **Orbitale Infektionen im Kindesalter**
Ines Loewe (Dresden)

Sinugene orbitale Komplikationen bei Kindern entstehen häufig auf dem Boden einer akuten bakteriellen Sinusitis. Die Besonderheiten bei Kindern werden aufgezeigt.

Aufgrund des Risikos für Folgeschäden sind orbitale Infektionen absolute Notfälle.

Indikatoren für eine drohende Operation sind die ophthalmologischen Symptome, dabei ist die Unterscheidung einer präseptalen von einer postseptalen Entzündung von höchster Bedeutung.

02.06 V **Interdisziplinäre Versorgung von Orbita-Erkrankungen**
Bartolomiej Adrianowicz (Chemnitz)

02.07 R **Bestrahlungsoptionen beim primärenevealen Melanoms - wann ist was sinnvoll?**
Vinodh Kakkassery (Chemnitz)

Der Vortrag gibt einen aktuellen Überblick über die etablierten Standards der verschiedenen Bestrahlungstherapien bei intraokularen Tumoren, einschließlich Indikationsstellung, technischen Verfahren und Behandlungsergebnissen. Darüber hinaus werden neueste Entwicklungen wie neoadjuvante Therapieansätze vorgestellt, die das Potenzial haben, Organ- und Seherhalt signifikant zu verbessern. Ergänzend wird ein neu entwickelter Patient:innenratgeber präsentiert, der evidenzbasierte Informationen verständlich aufbereitet und die gemeinsame Entscheidungsfindung stärkt. Abschließend werden Inhalte und Zielsetzungen der geplanten Zusatzweiterbildung im Bereich der ophthalmologischen Onkologie aufgezeigt, um Expertise und Versorgungsqualität in der Region nachhaltig auszubauen.

02.08 V **Lidrekonstruktion in der Praxis: Hughes-Plastik, Schwenklappen und ihre chirurgischen Grenzen**
Julia Forbrig (Chemnitz)

Die nächste Jahrestagung der
**Sächsischen
Augenärztlichen
Gesellschaft**

findet am **27. & 28. November 2026**

in **Leipzig**

unter der wissenschaftlichen Leitung von
Professor Dr. Focke Ziemssen statt.

Schon heute dürfen wir Sie herzlich einladen und freuen uns auf ihr Kommen!

Kurzfassungen der Vorträge – Samstag, 29. November 2025

III. Wissenschaftliche Sitzung

Glaukom

03.01 R **Glaukomchirurgie zwischen Tradition und Innovation**
Jana Hejna (Dresden)

03.02 R **Filterkissenmanagement präoperativ, intraoperativ und postoperativ**
Andreas Böhm (Radebeul)

Die Trabekulektomie ist der Goldstandard in der operativen Glaukomtherapie. Da das Kammerwasser über einen unnatürlichen Abfluss in den subtenon'schen Raum abgeleitet wird, spielt eine mögliche Vernarbung eine große Rolle.

Um die Vernarbung zu minimieren, werden unterschiedliche Maßnahmen zu unterschiedlichen Zeitpunkten durchgeführt: Vor der Operation kann durch Weglassen der antiglaukomatösen Therapie und die Gabe von lokalen Steroiden versucht werden, das Vernarbungsrisiko zu reduzieren. Während der Operation werden Antimetaboliten wie MMC und VEGF-Inhibitoren eingesetzt und postoperativ Antimetaboliten wie 5FU und lokale Steroide. Dabei sollten die lokalen Steroide über mehrere Monate gegeben und nicht zu früh abgesetzt werden. Sollte es postoperativ zu einem Druckanstieg kommen, kann eine Lasersutorolyse zur Senkung des Augeninnendrucks versucht werden. Kommt es trotz all dieser Maßnahmen dennoch zu einer Vernarbung des Sickerkissens, ist ggfs. ein Needling oder eine Revision erforderlich.

Die Trabekulektomie erfordert eine intensive Nachsorge, bei der eine enge Zusammenarbeit zwischen Operateur und niedergelassenem Augenarzt unabdingbar ist.

03.03 KV **Verfeinerte tiefe Sklerotomie – wann sollte man drei Skleralflaps anlegen?**
Abdelwahhab Azzawi (Großenhain)

Die verfeinerte tiefe Sklerotomie ist eine fortschrittliche, nicht-penetrative Glaukomoperation, die darauf abzielt, den Abfluss des Kammerwassers zu verbessern und gleichzeitig Komplikationen zu minimieren, die mit der traditionellen Trabekulektomie verbunden sind. Eine zentrale Innovation dieser Technik ist die gezielte Entfernung des juxtaanalikulären Gewebes (JCT), welches die Hauptstelle des Abflusswiderstands beim Offenwinkelglaukom darstellt. Der Eingriff beginnt mit der Anlage von oberflächlichen und tiefen skleralen Flaps. Der tiefe Flap legt den Schlemm-Kanal frei, der sorgfältig eröffnet wird. In dieser Methode wird die präzise Dissektion über den Kanal hinaus fortgesetzt, um das JCT sowie die Innenwand des Schlemm-Kanals zu entfernen, wodurch ein direkter Zugang des Kammerwassers zu den Kollektorkanälchen ermöglicht wird. Diese Modifikation verbessert den Abfluss deutlich, während die strukturelle Integrität der Vorderkammer erhalten bleibt. Durch das Vermeiden einer vollständigen Penetration in die Vorderkammer und die gezielte Entfernung des hochresistenten JCT bietet diese Technik ein sichereres postoperatives Profil mit geringerem Risiko für Hypotonie und Infektionen. Zudem unterstützt die Schonung der Bindehautgewebe mögliche zukünftige chirurgische Optionen.

03.04 V **Das maligne Glaukom**
Markus Reichert (Dresden)

03.05 V **Glaukom und Katarakt – kombinierte Operation oder nicht?**
Karin Pillunat (Dresden)

03.06 V **OCT-Verlauf nach Glaukom-OP**
Jan Unterlauff (Leipzig)

Das primäre Offenwinkelglaukom (POWG) ist eine neuroinflammatorische Erkrankung des Zentralnervensystems mit Beteiligung der Sehnerven, die im Verlauf ihrer Entwicklung in eine Neurodegeneration mündet.

Die Grundlage dieser Neuroinflammation liegt in der primären glaukomatösen Mitochondriopathie, die zu einem systemischen (Blut) und lokalen (Kammerwasser) erhöhten oxidativen Stress führt.

Das Therapieziel beim POWG ist die Neuroprotektion, um die visuelle Funktion (Sehschärfe, Gesichtsfeld) zu erhalten. Da eine primäre Neuroprotektion klinisch zurzeit noch nicht zur Verfügung steht, sind alle derzeitigen Maßnahmen eine sekundäre Neuroprotektion, die sich auf eine Verminderung von Risikofaktoren stützt.

Als lokale sekundäre Neuroprotektion zählt die Augeninnendrucksenkung auf ein individuelles Zieldruckniveau, der Verzicht auf Konservierungsmittel bei der lokalen Therapie sowie eine Verbesserung der okulären Perfusion, zum Beispiel mit lokalen Karboanhydrasehemmern.

Als systemische Neuroprotektion kommt die Therapie von ungünstigen Lebensstilformen, die optimale Einstellung vorhandener Systemerkrankungen, die Verbesserung des enteralen Mikrobioms, sportliche Betätigung, mitochondriale Supplementierung und psychosoziale/psychotherapeutische Maßnahmen in Frage.

Letztendlich bedarf die Glaukombehandlung einen holistischen, kombinierten lokalen und systemischen Therapieansatz!

Ziel: Eine ernsthafte Augenerkrankung kann jeden Menschen jederzeit völlig unvorbereitet treffen. Trotz großer medizinischer Fortschritte gelingt es nicht immer, das Sehvermögen zu erhalten oder wiederherzustellen. Die Betroffenen stehen zusammen mit ihrem Umfeld vor der Herausforderung, sich schnell auf die neuen Lebensumstände einzustellen, bzw. ständig auf fortschreitende Veränderungen der Sehleistung zu reagieren. Der BSVS bietet mit seinen vielfältigen Beratungsangeboten die Möglichkeit, Betroffene zu begleiten und eine notwendige Nachversorgung zu leisten, wenn die Augenmedizin ihre Arbeit getan hat. Unser Ziel ist die gleichberechtigte und selbstbestimmte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben sowie die Ermöglichung einer beruflichen Integration für von Sehverlust betroffene Menschen.

Methode: Die UN-Behindertenrechtskonvention, das Inklusionsgesetz für Sachsen, das Behindertengleichstellungsgesetz und das Barrierefreiheitsstärkungsgesetz bilden zusammen mit unserer Satzung die Grundlagen unserer sachsenweiten Selbsthilfearbeit. Der BSVS pflegt einen ständigen Kontakt und Austausch mit der Politik, den Ministerien, Kommunen, Behörden und anderen staatlichen Einrichtungen, um die berechtigten Forderungen und Interessen für sehbeeinträchtigte Menschen zu kommunizieren. Die sozialen Leistungen, z.B. der Nachteilsausgleich für hochgradig sehbehinderte Menschen, Blinden- und Taubblindengeld, sind sämtlich erstritten und keineswegs selbstverständlich. Ihr Erhalt und deren zeitgemäße Ausgestaltung, als Grundlage für die Teilhabe, ist ein Schwerpunkt unserer Arbeit. Mit seinen vielfältigen Angeboten ist der BSVS Ansprechpartner für jeden, der mit einer Sehbeeinträchtigung leben muss. Das qualitätsgesicherte, sachsenweite Beratungsangebot „Blickpunkt Auge“, das „Landeshilfsmittelzentrum“, die zertifizierte, unabhängige „Low-Vision-Beratung“ sind vor Ort in Dresden, sowie auch mobil oder im Rahmen einer aufsuchenden Beratung verfügbar. Mit unseren Kreisorganisationen und Regionalgruppen stehen für die Betroffenen in Wohnortnähe weitere Ansprechpartner bereit, die sich Zeit für den Einzelnen mit seinen Herausforderungen nehmen können. Darüber hinaus bieten digitale Formate und Telefonkonferenzen mobil eingeschränkten Ratsuchenden oder Ratsuchenden im ländlichen Raum mit unzureichenden Verkehrsanbindungen einen niederschweligen Zugang zu Unterstützungsangeboten. Unsere Bildungs- und Begegnungsstätte „AURA-Pension Villa Rochsburg“ bietet ganzjährig spezifische Seminare an, z.B. Grundwissen für Neu- und Späterblinde/Sehbehinderte, lebenspraktische Fertigkeiten, Mobilitätstraining oder Kurse zum Umgang mit Smartphone, Computer und den digitalen Möglichkeiten unserer Zeit. Wandern, Sport, Selbstverteidigung, Yoga, Kultur, Gesundheit sowie gemeinsame Erlebnisse bei Ausflügen sind Zeit und Orte für Begegnungen, bei denen Betroffene von Selbstbetroffenen lernen. Die BSVS-Pflege und Betreuungs gGmbH, „Schlossblick“ in Rochsburg ist derzeit immer noch das einzige Pflegeheim in Sachsen, das speziell auf die Bedürfnisse sehbeeinträchtigter und blinder Menschen ausgerichtet ist. Ergänzend besteht die Möglichkeit, bei allen strittigen Versorgungs- und Rechtsfragen, die mit einer Sehbeeinträchtigung in Verbindung stehen, Beratung und Rechtsvertretung der „RBM-Rechte behinderter Menschen gGmbH Marburg“ in Anspruch zu nehmen. Die selbst von Blindheit und Sehbeeinträchtigung betroffenen Juristen bieten spezifisches Fachwissen.

Ergebnis: Mit diesem Angebot aus Beratungen, Schulungen, Hilfsmittelversorgung und der angebotsübergreifenden Zusammenarbeit unserer Einrichtungen, bieten wir eine kostenlose Beratung zur Teilhabe und Rehabilitation an, welche sowohl für die Betroffenen und deren Angehörige als auch für die Augenmedizin einen großen Benefit darstellt.

Schlussfolgerung: Eine enge Zusammenarbeit zwischen Augenmedizin und Selbsthilfe bietet Betroffenen die Chance, den Übergang von der medizinischen Versorgung zur weiterführenden Beratung und somit auch zu weiteren Hilfen zu verkürzen und sich auf die neue Situation schneller und besser einstellen zu können. Unsere Angebote bieten der Augenmedizin den Vorteil, sich auf ihre augenmedizinischen Schwerpunkte zu konzentrieren und den Betroffenen dennoch weiterzuhelfen, auch wenn die medizinischen Optionen ausgeschöpft sind. Die Betroffenen selbst erhalten durch unsere Beratung eine nichtmedizinische Nachversorgung und können wertvolle Kompetenzen im Umgang mit ihrer Augenerkrankung entwickeln. Je mehr Menschen den Weg zu uns finden, desto wirksamer kann der BSVS mit den politischen Verantwortungsträgern und staatlichen Stellen zu den Themen der Teilhabe und Inklusion verhandeln und die Situation der Betroffenen verbessern.

Netzhaut 2

04.01 R **IVOM-Update: Kleine Nadel - große Wirkung**
Focke Ziemssen (Leipzig)

04.02 V **Sterile intraokulare Entzündung nach IVOM**
Tomas Martinek (Dresden)

04.03 R **Die Bedeutung von Mikronährstoffen bei AMD**
Leonie Wahle (Dresden)

Die Supplementierung nach der AREDS2-Formel (500mg Vitamin C, 400 IU Vitamin E, 2mg Kupfer, 25mg Zink, 10mg Lutein, 2mg Zeaxanthin) ist der etablierte Standard zur Verlangsamung der Progression der altersbedingten Makuladegeneration (AMD) bei Risikopatienten (Age-Related Eye Disease Study 2 (AREDS2) Research Group. (2013).). Jüngste Post-hoc-Analysen der AREDS-Studiendaten liefern jedoch ein präziseres Verständnis der Wirkmechanismen und unterstreichen die Bedeutung ganzheitlicher Ansätze. Eine aktuelle Analyse (Keenan et al., 2025) belegt, dass die Supplementierung die Progression der geografischen Atrophie (GA) nicht flächenbasiert, sondern signifikant in Richtung der Fovea verlangsamt und so das Phänomen des „Foveal Sparings“ unterstützt. Unabhängig davon zeigt eine weitere Analyse der AREDS-Daten (Agrón et al., 2025), dass eine mediterrane Ernährung, reich an Obst und Gemüse, ebenfalls signifikant mit einer langsameren GA-Progression und dem Phänomen des „Foveal Sparings“ assoziiert ist. Die klinische Umsetzung dieser Lebensstilempfehlungen bleibt jedoch eine Herausforderung. Die randomisierte AMD-Life-Studie (Meester, Magda A., et al., 2025) demonstriert, dass erst intensives, professionelles Coaching mittels Motivational Interviewing und Behavioural Change Techniques zu einer signifikanten Verbesserung der Adhärenz führt, während die reine Risikoinformation nicht ausreicht. Zukünftige Managementstrategien sollten daher die gezielte Supplementierung mit einer aktiven Förderung eines gesunden Lebensstils kombinieren, um die Progression der AMD effektiv zu verlangsamen.

04.04 KV **Sekundäre CNV bei Idiopathischer Intrakranieller Hypertension**
Christopher Berthel, PD Dr. med. habil. O. Furashova (Chemnitz)

Eine 39-jährige, stillende Patientin wurde konsiliarisch durch die neurologische Klinik zur Befundaufnahme und Mitbeurteilung der Papille sowie der Retina in unserer augenärztlichen Ambulanz vorgestellt. Die initiale Vorstellung erfolgte in der zentralen Notfallambulanz auf Empfehlung des niedergelassenen Augenarztes aufgrund einer beidseitigen Papillenschwellung (R > L). Ophthalmologisch zeigte sich bis auf eine beidseitige Papillenschwellung R>L ein reizfreier und unauffälliger Befund. Während des stationären Aufenthalts in der Neurologie wurde durch umfassende neurologische und bildmorphologische Diagnostik ein Pseudotumor cerebri diagnostiziert. Da die Patientin unter Lumbalpunktionen eine deutliche Symptomregredienz angab, indizierten die Kolleg:Innen regelmäßige Lumbalpunktionen mit begleitenden bildmorphologischen und ophthalmologischen Verlaufskontrollen. Im folgenden stationären Aufenthalt zur zweiten Lumbalpunktion stellte sich die Patientin erneut konsiliarisch in unserer ophthalmologischen Ambulanz vor. Bei dieser Kontrolle imponierte funduskopisch eine unscharf begrenzte und prominente Papille (R > L) sowie eine nach inferior verlaufende subretinale Makulablutung am rechten Auge. Zur Dislokation der Blutung wurde zunächst eine intravitreale Injektion von rt-PA und SF6-Gas durchgeführt. Nach eingehender Literaturrecherche und ausführlicher ophthalmologischer Diagnostik konnte eine sekundäre choroidale Neovaskularisation (CNV) im Rahmen des Pseudotumor cerebri festgestellt werden. Daraufhin wurde eine intravitreale operative Medikamenteneingabe (IVOM) mit Ranibizumab indiziert. Aufgrund der fehlenden Zulassung dieses Medikaments für stillende Patientinnen wurde die Therapie jedoch erst nach Möglichkeit eines Stillpausenkonzepts initiiert. Unter der Therapie zeigte sich im Verlauf ein deutlicher Anstieg des subjektiven Visus sowie eine deutliche Befundverbesserung. Dieser Fall stellt eine äußerst seltene ophthalmologische Komplikation des Pseudotumor cerebri dar, die bislang nur in wenigen internationalen Fallberichten beschrieben wurde. Er verdeutlicht zudem die Relevanz interdisziplinärer Zusammenarbeit. Zahlreiche diagnostische ophthalmologische und neurologische Bildgebungen (MRT, OCT, OCTA, Fundusfotografien) liegen vor und können zur Falldiskussion herangezogen werden

04.05 KV **Cefuroxim-Makulopathie**
Mitja Alexander Heinrich, J. Klon, L. Kiraly (Leipzig)

Die Cefuroxim-Makulopathie ist eine seltene Komplikation nach intraoperativer Antibiotikaeingabe zum Zwecke der Endophthalmitisprophylaxe. Am Beispiel zweier Fälle werden die charakteristischen Veränderungen an der zentralen Netzhaut und deren Verlauf präsentiert. Die Abgrenzung zur wichtigsten Differentialdiagnose, dem postoperativen zystoiden Makulaödem (Irvine-Gass-Syndrom), schließt die Kasuistiken ab. Der zweite Teil des Vortrags widmet sich der Einordnung in die aktuelle Literatur sowie der Studienlage zur postoperativen Endophthalmitisprophylaxe. Global bestehen uneinheitliche Empfehlungen der Fachgesellschaften und Vorgaben der Arzneimittelbehörden. Als Fazit für die Praxis ist Cefuroxim in regelrechter Dosierung unverändert ein sicheres und effektives Medikament.

Hintergrund: Makuläre Teleangiektasien zählen zu den eher seltenen Netzhaut-Erkrankungen, deren genaue Klassifizierung jedoch nicht immer sofort gelingt. In den letzten Jahren einige neue Aspekte hinsichtlich Pathogenese und vor allem Therapie hinzugekommen, die eine kurze Beleuchtung des Themas erfordert.

Methodik: Anhand der Literatur werden wichtige Aspekte wie Einteilung, Stadien, Diagnostik und Therapie aktuell dargestellt.

Ergebnis: Insbesondere hinsichtlich der Therapiemöglichkeiten gibt es Neuigkeiten. Seit einigen Wochen ist eine genbasierte Zelltherapie mit einem Implantat vorhanden. Diese Option wird besonders intensiv betrachtet.

Schlussfolgerung: Da seit einigen Wochen eine Therapie verfügbar ist, wird das Erkennen der makulären Teleangiektasien über Klinik und Diagnostik zusammen mit der weiteren Patienten-Weiterleitung eine größere Bedeutung bekommen.

VI. Wissenschaftliche Sitzung

Linse / Refraktiv

Ziel: Patientenorientierte Beratungen bei komplexen Entscheidungswegen zur Vereinfachung der Auswahl des optimalen, individuellen Linsensystems.

Methoden: Es handelt sich um eine Übersicht verschiedener Linsen mit Darstellung ihrer Indikationen, Vor- und Nachteile sowie möglicher Kontraindikationen.

Ergebnisse: Die Entscheidung bezüglich eines Linsensystems sollte individuell auf Basis der Sehanforderungen und der Erwartungen des Patienten getroffen werden. Es besteht eine breite Auswahl an hochwertigen Kunstlinsen: Die asphärische Premiumlinse (monofokal) wird häufig verwendet und ermöglicht vor allem nachts ein besseres Kontrastsehen sowie eine verzerrungsfreie Sicht. Eine Brille für den intermediären und Nahbereich wird aber weiterhin benötigt. Die asphärische torische Premiumlinse bietet zusätzlich durch eine Korrektur der Hornhautkrümmung eine scharfe Fernsicht ohne Brille. Die Multifokallinse bietet größtmögliche Brillenunabhängigkeit für einen Alltag ohne lästiges Brillenwechseln - mit Erwartung gewisser Nebeneffekte. Die EDOF-Premiumlinse hingegen bietet eine gute Sicht in der Ferne und im Zwischenbereich bei weniger Halo und Glare. Damit können die meisten Tätigkeiten im Alltag bequem bewerkstelligt werden. Pinhole- und Linsen mit spezieller Design für Femtosekundenlaser assistierter Operation werden ebenfalls im Vortrag diskutiert.

Schlussfolgerungen: Die Katarakt-OP zählt weltweit zu den häufigsten Operationen am Menschen. Heute muß niemand mehr Beeinträchtigungen durch eine eingetrübte Linse hinnehmen - die Lebensqualität von Katarakt-Patienten wird durch die moderne Augenchirurgie erheblich verbessert. Jeder Patient sollte individuell beraten werden, um gemeinsam die beste Lösung für den Patienten zu finden. Wir zeigen, wie!

Hintergrund: Die femtosekundenlaser-assistierte Kataraktchirurgie (FLACS) wurde vor über einem Jahrzehnt als potenziell präzisere und sicherere Alternative zur konventionellen Phakoemulsifikation eingeführt. Trotz technologischer Weiterentwicklungen, klinischer Erfahrungszunahme und wachsender Studienlage besteht weiterhin Uneinigkeit darüber, ob FLACS den Status eines neuen Standards in der Kataraktchirurgie erreicht hat.

Zielsetzung des Vortrags: Darstellung und Diskussion klinischer Erfahrungen aus zehn Jahren kontinuierlicher Anwendung des Femtosekundenlasers in der Kataraktchirurgie. Der Fokus liegt auf praktischen Empfehlungen, Fallstricke-Vermeidung, Workflow-Optimierung sowie auf Evaluation aktueller wissenschaftlicher Daten hinsichtlich Sicherheit, Effizienz und visueller Outcomes.

Methoden & Inhalte:

Analyse klinischer Routinedaten und operativer Ergebnisse über einen Zeitraum von zehn Jahren

Darstellung technischer und prozessbezogener Entwicklungen

Review aktueller Literatur und Metaanalysen

Praxisorientierte Empfehlungen (Indikationsstellung, IOL-Planung, Astigmatismus-Management, Komplikationsprävention)

Ergebnisse: Die vorliegenden klinischen Erfahrungen und publizierten Daten zeigen relevante Vorteile im Hinblick auf Kapsulotomie-Präzision, Stabilität der IOL-Positionierung, Potenzial für verbesserte refraktive Genauigkeit sowie ein reduziertes phako-energetisches Trauma. Die Vorteile sind jedoch abhängig von chirurgischem Training, korrekter Patientenselektion, Gerätekonfiguration sowie ökonomischen Rahmenbedingungen.

Schlussfolgerung / zentrale Frage: Die Femtosekundenlaser-assistierte Kataraktchirurgie weist deutliche technische und refraktive Vorteile auf, ist jedoch noch nicht in allen Versorgungssituationen als Standard etabliert. Die entscheidende Frage, die dieser Vortrag aufwirft, lautet: „Ist die FLACS bereits reif für die Rolle des neuen Standards – oder bleibt sie eine Premium-Option für ausgewählte Patientenpopulationen?“

06.04 V **EDOF Linsenimplantation nach konduktiver Keratoplastik - ein Erfolg?**
Justus Ekkehard Letzel | Vortragende: Justus Letzel & Hubertus von Below (Grimma)

Fallkasuistik zu einer anspruchsvollen Patientin mit Z.n. konduktiver Keratoplastik zur Hyperopiekorrektur, die wir mit einer EDOF-Linse versorgen mit äußerst zufriedenstellendem Ergebnis.

06.05 V **Limale IOL-Fixation – eine innovative Alternative zu Scharioth- und Yamane-Technik**
Ilya Kotomin¹, Dr. V. Potemkin² (¹Leipzig, ²St.Petersburg)

Hintergrund: Bei insuffizientem Linsenhalterapparat sind etablierte Verfahren wie die sutureless intrascleral haptic tuck-Technik nach Scharioth oder die double-needle flanged intrascleral fixation nach Yamane bewährte Optionen. Beide erfordern jedoch spezielle IOL-Typen mit geeigneten Haptiken und sind bei einstückigen Standard-Intraokularlinsen (IOL) nur eingeschränkt anwendbar.

Ziel: Vorstellung einer neu entwickelten, limbalen IOL-Fixationstechnik (Entwicklungsjahr 2025), die eine stabile Implantation und Fixation einer Standard-Einstück-IOL auch ohne intakte Kapselstrukturen ermöglicht. Methoden: Prospektive Beobachtungsstudie an 30 konsekutiven Patienten mit insuffizientem Linsenhalterapparat. Die Operationen wurden an der Universitätsklinik der Pavlov Universität St. Petersburg und im Smile Eyes Augenzentrum Leipzig durchgeführt. Die Technik erfolgt minimalinvasiv über limbal gelegene Zugänge und ermöglicht eine sichere Fixation der bestehenden einstückigen IOL ohne Notwendigkeit spezieller Iris- oder Sklerafixationsmodelle.

Ergebnisse: Die mittlere Nachbeobachtungszeit betrug 6 Monate. In allen Fällen konnte die IOL stabil zentriert fixiert werden. Es traten keine signifikanten Komplikationen wie Dislokation, relevante Dezentrierung oder schwere Endophthalmitis auf. Visuelle Rehabilitation wurde in der Mehrzahl der Fälle innerhalb der ersten postoperativen Woche erreicht. Das Verfahren zeigte sich reproduzierbar und war auch in komplexen Ausgangssituationen durchführbar.

Schlussfolgerung: Die limale IOL-Fixation erweitert das Spektrum der operativen Möglichkeiten bei Zonulastabilität. Sie ist minimalinvasiv, reproduzierbar und insbesondere dann von Vorteil, wenn keine speziellen IOLs für Iris- oder Sklerafixation verfügbar sind. Damit ergänzt sie bestehende Verfahren wie die Techniken nach Scharioth und Yamane um eine praktikable Option für Standard-Einstück-IOLs.

06.06 R **Katarakt-OP nach refraktiver Laserchirurgie – worauf ist zu achten?**
Astrid Willert (Leipzig)

Hintergrund: In den letzten 30 Jahren entwickelte sich die refraktive Chirurgie- als Teilgebiet der Augenheilkunde- zu einem hochspezialisierten Bereich. Allein in Deutschland wurden im Jahr 2023 über 25.000 Lasereingriffe an der Hornhaut durchgeführt. Zur gleichen Zeit werden, basierend auf Hochrechnungen von Umfragen ophthalmologischer Gesellschaften, 800000- 1.250.000 Kataraktoperationen in Deutschland durchgeführt.

Eine wachsende Zahl von Patienten mit vorheriger refraktiver Chirurgie stellt sich nun zu einer Kataraktoperation vor. Chirurgen stehen vor einer Reihe einzigartiger Herausforderungen in dieser Patientenpopulation, die in der Regel hoch motiviert ist, eine funktionelle unkorrigierte Sehschärfe postoperativ zu erhalten oder wiederzuerlangen.

Methoden: In diesem Referat wird der präoperative Evaluationsprozess vor Katarakt-Operation bei Patienten mit refraktiv-chirurgischer Historie vorgestellt. Besonderes Augenmerk liegt dabei auf der präoperativen cornealen Diagnostik und der Berechnung und Auswahl der Hinterkammerlinse. Dies wird anhand der aktuellen Studienlage und aufgrund der eigenen ärztlichen Erfahrung dargelegt.

Ergebnisse: Die Analyse der cornealen Daten sind ein kritischer und auch manchmal herausfordernder Teil bei der Planung einer Kataraktoperation, insbesondere nach einer Augenlaseroperation. Zu den primären Herausforderungen gehören die Erkennung der spezifischen Art der vorangegangenen Operation, die Verwendung geeigneter Formeln zur Berechnung der Intraokularlinsenleistung (IOL), die Erkennung von Hornhautbildgebungsmustern, die mit einer torischen und/oder presbyopiekorrigierenden Linsenimplantation kompatibel bzw. nicht kompatibel sind.

Die Fortschritte bei IOL-Berechnungsformeln, Hornhautbildgebung und IOL-Optionen sind groß und ermöglichen vorhersagbare postoperative refraktive Ergebnisse. Dennoch sind die Ergebnisse in der Genauigkeit und Vorhersagbarkeit nach wie vor etwas schlechter als bei Augen, die sich einer Kataraktoperation unterziehen, ohne dass in der Vergangenheit refraktive Hornhautchirurgie durchgeführt wurde. Daher ist auch die präoperative Beurteilung von Patienten, die für postoperative refraktive chirurgische Verbesserungen in Frage kommen und welche nicht, von großer Bedeutung.

Schlussfolgerung: Augenärzte werden zunehmend mit Herausforderungen konfrontiert, die mit der chirurgischen Behandlung von Katarakt bei Patienten mit vorheriger cornealer refraktiver Chirurgie verbunden sind. Eine sorgfältige präoperative Beurteilung der Hornhautoberfläche, geeigneter Einsatz von IOL-Leistungsberechnungsformeln und Strategien zur Korrektur der Presbyopie sind entscheidend, um gute klinische und refraktive Ergebnisse sowie Patientenzufriedenheit zu erzielen. Das Referat vermittelt Strategien und Überlegungen zur Optimierung des chirurgischen Ergebnisses, so dass der Augenarzt individuell das passende Match Patient-Linse finden kann.

06.07 V **Refraktive Eingriffe - eine Übersicht**
Barbora Sepela (Dresden)

Ziel: Die Erwartungshaltung von Patientinnen und Patienten nach einer Kataraktoperation mit multifokalen Intraokularlinsen liegt insbesondere in einer möglichst hohen Brillenunabhängigkeit. Ein präoperativ bestehender Hornhautastigmatismus stellt hierbei einen entscheidenden limitierenden Faktor dar. Ziel der vorliegenden Untersuchung war es, die Wirksamkeit individuell geplanter Inzisionen mit Hilfe des Smart Calculators zur Astigmatismuskorrektur im Rahmen der Implantation multifokaler Intraokularlinsen zu evaluieren.

Methode: Für die präoperative Planung wurde der Smart Calculator verwendet, der auf Basis von Biometriedaten des IOLMaster 700 und dem chirurgisch induzierten Astigmatismus eine individuelle Inzisionslokalisation berechnet. In die retrospektive Auswertung wurden 1001 Augen eingeschlossen, die im Rahmen einer Kataraktoperation mit torischen und nicht torischen multifokalen Intraokularlinsen versorgt wurden. Die postoperative Refraktion wurde subjektiv bestimmt, sphärisches Äquivalent, Restastigmatismus, Mean Absolute Error und unkorrigierte Sehschärfe wurden als Hauptparameter erhoben.

Ergebnis: Die Berechnung der Astigmatismuskorrektur mit Hilfe des Smart Calculators führte zu einer signifikanten Reduktion des präoperativen Astigmatismus. Im Mittel konnte eine Reduktion auf $-0,37 \pm 0,27$ Dioptrien erzielt werden. In über 97 Prozent der Fälle lag der postoperative Restastigmatismus unter 1,0 Dioptrien. Der Mean Absolute Error lag bei $0,26 \pm 0,23$ Dioptrien. Die Ergebnisse nach der Versorgung mit multifokalen Intraokularlinsen lagen etwa auf dem Niveau von refraktiven Laserkorrekturen.

Schlussfolgerung: Die Auswertung von 1001 Fällen zeigt, dass die Verwendung eines Kalkulators zur individuellen Planung der Inzision bei der Implantation multifokaler Intraokularlinsen eine effektive und kostengünstige Methode zur Astigmatismuskorrektur darstellt. Die Methode steigert die refraktive Präzision, verbessert die Vorhersagbarkeit der Ergebnisse und erhöht die Patientenzufriedenheit. Die Integration softwaregestützter Planungstools könnte künftig einen festen Bestandteil der refraktiven Kataraktchirurgie darstellen.

06.09 V **Wellenfrontgeführte LASIK – was ist zu bedenken?**
Daniel Pilger (Berlin)

Die wellenfront-geführte LASIK (Laser in situ Keratomileusis) ist ein hochpräzises Verfahren der refraktiven Chirurgie, das individuelle optische Aberrationen des Auges berücksichtigt, um die Sehqualität über die herkömmliche Korrektur von Myopie, Hyperopie und Astigmatismus hinaus zu verbessern. Grundlage des Verfahrens ist die wellenfrontbasierte Aberrometrie, mit der die gesamte optische Abbildungsfehlerstruktur des Auges – einschließlich höherer Ordnung – gemessen und in ein individuelles Behandlungsprofil umgesetzt wird.

Im Gegensatz zur konventionellen LASIK ermöglicht die wellenfront-geführte Technik eine personalisierte Hornhautabtragung, die nicht nur die Brechkraftfehler korrigiert, sondern auch Aberrationen wie Koma oder sphärische Aberration minimieren kann. Dies führt häufig zu einer verbesserten Kontrastempfindlichkeit, besserem Nachtsehen und einer insgesamt höheren Sehqualität.

Zu den wichtigsten Vorteilen zählen die präzisere Anpassung an die individuelle Optik des Auges, eine geringere Induktion neuer Aberrationen und ein potenziell schärferes visuelles Ergebnis. Herausforderungen liegen in der genauen Messung der Wellenfront, der Stabilität des Hornhautflaps und der postoperativen Heilungsvariabilität. Insgesamt stellt die wellenfront-geführte LASIK einen bedeutenden Fortschritt in der personalisierten refraktiven Chirurgie dar.

06.10 V **Presbyond – das optimale Laserverfahren für junge Presbyope ... und nicht nur für sie.**
Sandra Gläser (Leipzig)

Es gibt eine Altersgruppe, die man in der refraktiven Chirurgie oft mit etwas weniger Enthusiasmus als Patienten begrüßt: die jungen Presbyopen. Man möchte ihnen noch die oberflächlichere und weniger invasive Lösung der Hornhautlaserkorrektur anbieten. Gleichzeitig hat man jedoch ein schlechtes Gewissen, da ihre Brillenfreiheit somit nur von kurzer Dauer sein wird oder – je nach Alter – in einer Lesebrillenabhängigkeit endet. Für einen refraktiven Linsentausch sind sie entweder „einen Tick zu jung“ oder können sich diesen tiefergehenden Eingriff noch nicht vorstellen. Zum Glück haben sich einige renommierte Kollegen – in Zusammenarbeit mit einem weltberühmten deutschen Unternehmen – schon vor Jahren diesem Dilemma gewidmet. Das Ergebnis ist Presbyond: eine auf Hornhautlaserchirurgie basierende Presbyopielösung, die jedoch weder in der Hornhaut noch in der Linse Multifokalität erzeugt. Presbyond ist minimalinvasiv, im Verlauf modellierbar und wird von 97 % der Patienten hervorragend toleriert. Das Prinzip von Presbyond basiert auf einer sanften, aber gezielten Veränderung der Hornhautgeometrie, um die Tiefenschärfe in beiden Augen zu verbessern. Das nicht-dominante Auge wird zudem leicht unterkorrigiert, um den Effekt im Nahbereich weiter zu verstärken. Im Gegensatz zu traditionellem LASIK und Monovision entsteht durch Presbyond eine Übergangszone, in der sich die Tiefenschärfe beider Augen überlappt, was einen nahtlosen Übergang zwischen Ferne und Nähe ermöglicht. Die Ergebnisse von Presbyond wurden in mehreren Studien von Reinstein et al. publiziert. Bei 99 % der myopen Patienten wurde ein Fernvisus von 1,0 und Nahvisus von J5 oder besser sowie ein refraktives Ergebnis innerhalb von $\pm 1,00$ D erreicht. In der hyperopen Gruppe erreichten 90 % der Patienten 1,0 und J5 Visus. Bei emmetropen Patienten zeigte sich ein Fernvisus von 1,0 in 98 % der Fälle und ein Nahvisus von J2 in 96 % der Fälle. Keiner der Patienten verlor mehr als 2 Zeilen der bestkorrigierten Sehschärfe. Die Forschergruppe um Ganesh befragte Presbyond-Patienten ein Jahr postoperativ zu ihrer Zufriedenheit: 97 % der Patienten in der myopen Gruppe und 96 % der hyperopen Patienten waren mit ihrer Fernsehschärfe zufrieden. Für die Nahsehschärfe waren es 95 % bei den Myopen und 89 % bei den Hyperopen. Schlussfolgerung: Die Ergebnisse von Presbyond, die geringe Invasivität und die fehlende multifokale Optik im Auge erweisen sich als so überzeugend, dass sich immer mehr Refraktivchirurgen selbst für diesen Eingriff entscheiden.

Hornhaut

07.01 R **Keratokonius - CXL forever**

Frederik Raskup (Dresden)

Veränderungen der biomechanischen und biochemischen Eigenschaften der menschlichen Hornhaut spielen eine wichtige Rolle bei der Pathogenese von Ektasie-Erkrankungen. Eine Reihe von Erkrankungen, die primär erworben (Keratokonius oder pelluzide marginale Degeneration) oder sekundär induziert (iatrogene Keratektasie nach refraktiven Laseroperationen) sind, führen zu einer verminderten biomechanischen Stabilität. Die Hornhautvernetzung (CXL) ist eine Technik, mit der das Fortschreiten ektatischer Pathologien verlangsamt oder sogar gestoppt werden kann. Bei diesem Verfahren wird Riboflavin in Kombination mit UV-A-Strahlung angewendet. Diese Wechselwirkung induziert die Produktion reaktiver Sauerstoffspezies, was zur Bildung zusätzlicher kovalenter Bindungen zwischen Kollagenmolekülen und einer anschließenden biomechanischen Stärkung der Hornhaut führt. Dieses Verfahren ist bislang die einzige Methode, die teilweise ätiopathogenetisch in die Behandlung von ektatischen Erkrankungen eingreift und den Prozess der Hornhautdestabilisierung verlangsamt oder stoppt, der andernfalls eine Hornhauttransplantation erforderlich machen würde. Seit der Entdeckung dieses therapeutischen Verfahrens und den ersten Laborexperimenten, die die Wirksamkeit dieser Methode bestätigten, sowie den ersten klinischen Studien, die die Effektivität und Sicherheit der Technik belegten, hat es sich weltweit verbreitet und durchgesetzt, sogar mit weiteren Modifikationen. Unter Anwendung des photochemischen Gesetzes von Bunsen-Roscoe war es möglich, die Dauer dieses Verfahrens im beschleunigten CXL zu verkürzen und so den klinischen Arbeitsablauf und die Compliance der Patienten zu verbessern, während die Wirksamkeit und Sicherheit des Verfahrens erhalten blieben. Das Indikationsspektrum von CXL kann durch die Kombination mit anderen Verfahren zur Verbesserung der Sehkraft, wie z. B. der individualisierten topografisch gesteuerten Excimer-Ablation, weiter erweitert werden. Durch die Ergänzung beider Techniken kann bei Patienten mit einer biomechanisch stabilen Hornhaut diese reguliert und die Sehschärfe verbessert werden, ohne dass eine Gewebetransplantation erforderlich ist, was zu einer langfristigen Verbesserung der Lebensqualität führt.

07.02 R **Keratokonius - Screening und Management**

Robert Herber (Dresden)

Der Keratokonius ist eine bilaterale, progressive Erkrankung der Hornhaut, die durch eine zentrale Vorwölbung und Ausdünnung charakterisiert ist und zu einer Myopisierung sowie irregulärem Astigmatismus mit Visusverlust führt. Besonders betroffen sind junge Menschen in der zweiten und dritten Lebensdekade. Klinische Zeichen treten meist in moderaten und fortgeschrittenen Stadien auf, weshalb multimodale bildgebende Verfahren wie Topografie, Tomografie sowie Biomechanik heutzutage unabdingbar für die Diagnostik und das Monitoring der Erkrankung sind.

Die Prävalenz schwankt je nach Region und Ethnie erheblich, wobei moderne Messtechniken insgesamt dazu beigetragen haben, die Erkrankung häufiger zu erkennen, sodass diese nicht mehr als selten einzustufen ist. Risikofaktoren sind genetische Prädisposition, hohe UV-Exposition sowie atopische und allergische Erkrankungen; chronisches Augenreiben gilt als Prädiktor für die Progression.

Die Visusrehabilitation kann mit Brille erfolgen, wobei jedoch die Kontaktlinsenversorgung die besten Ergebnisse erzielt. Des Weiteren sind Nachkontrollen, also ein Monitoring der Erkrankung, unabdingbar, um eine mögliche weitere Progression zu detektieren und entsprechend zu behandeln. Der Goldstandard ist hierbei die Hornhautvernetzung (CXL), die das Hornhautgewebe stabilisiert und ein weiteres Voranschreiten verhindert. Die Indikation hierfür wird nach den GBA-Richtlinien mit einer Versteilung der Hornhautkrümmung von mehr als

07.03 V **Keratokonius –CAIRS zur Visusrehabilitation**

Tadas Naujokaitis (Dresden)

Der Corneal Allogenic Intrastromal Ring Segment (CAIRS)-Ansatz stellt eine innovative, gewebekompatible Option zur visuellen Rehabilitation bei Keratokonius dar. Im Gegensatz zu synthetischen Ringsegmenten, die aufgrund eingeschränkter Biokompatibilität mit Risiken wie In- oder Extrusion einhergehen, nutzt CAIRS allogenies korneales Gewebe. Dies ermöglicht eine Integration in das Hornhautstroma und führt zu einer effektiven Regularisierung der Hornhautform.

Die Indikation für CAIRS umfasst eine Visusminderung infolge irregulären Astigmatismus bei Keratokonius, insbesondere bei vorhandener Kontaktlinsenintoleranz und erhaltener klarer zentraler Hornhaut.

Der Eingriff erfolgt femtosekundenlaser-assistiert: Nach Anlage eines intrastromalen Tunnels werden individuell geformte allogene Ringsegmente aus Spenderhornhaut implantiert. Klinische Erfahrungen zeigen Verbesserung der bestkorrigierten Sehschärfe, eine Regularisierung der Topographie sowie eine hohe subjektive Patientenzufriedenheit. Komplikationen wie Segmentmigration, Hornhauteinschmelzung oder Abstoßungsreaktionen sind bei CAIRS sehr selten und wurden bei uns bisher nicht beobachtet. Anhand mehrerer Fallbeispiele aus unserer Klinik werden typische Verläufe, visuelle Ergebnisse und spezifische Herausforderungen dargestellt.

CAIRS erweitert somit das therapeutische Spektrum beim Keratokonius um eine effektive und biokompatible Option zur Visusrehabilitation bei Kontaktlinsenunverträglichkeit.

07.04 R ***Sicca-Therapie – ein Stufenschema***
Mohammad Ali (Leipzig)

Die Behandlung des Trockenen Auges (Dry Eye Disease, DED) erfordert einen strukturierten, schrittweisen Ansatz, der individuell an die Befunde und Bedürfnisse der Patient:innen angepasst wird. Der Vortrag stellt ein praxisnahes Stufenschema vor, das von Basismaßnahmen wie Patientenaufklärung, Modifikation von Umgebungsfaktoren und optimierter Lidrandhygiene ausgeht. Darauf aufbauend werden unterschiedliche Klassen von Tränenersatzmitteln sowie deren gezielte Auswahl erläutert. Weitere therapeutische Schritte umfassen die Behandlung der Meibomdrüsendysfunktion (z. B. BlephEx, Wärme- und Kompressionstherapie, mechanische Meibomdrüsenbehandlung, IPL) sowie antiinflammatorische Therapien wie topische Kortikosteroide oder Ciclosporin. Ergänzende Optionen wie systemische Tetrazykline, Punctum Plugs, Serumaugentropfen und Sklerallinsen kommen bei fortgeschrittenen oder refraktären Verläufen zum Einsatz. Die Präsentation zeigt, wie eine konsequente Diagnostik und ein klar strukturiertes therapeutisches Vorgehen zu einer nachhaltigen Stabilisierung des Tränenfilms und einer deutlichen Symptomreduktion führen.

07.05 V ***Harte Nüsse: Strategien gegen die Acanthamoeben-Keratitis***
Christian Girbardt (Leipzig)

Die Acanthamoeben-Keratitis stellt trotz moderner diagnostischer und therapeutischer Möglichkeiten weiterhin eine Herausforderung dar. Die Erkrankung ist selten, wird häufig erst spät erkannt und zeigt einen langwierigen, schmerzhaften Verlauf mit hoher Rezidivrate. Diagnostisch bleibt die Erkrankung anspruchsvoll: Klinische Zeichen wie das Ringinfiltrat sind nicht immer spezifisch, Kontaktlinsenbehälter können falsch-positive Ergebnisse liefern. Die konventionelle Kultur weist eine klar begrenzte Sensitivität auf; auch die PCR erreicht in der klinischen Routine nicht immer eine hohe Sensitivität und hängt stark von Assay-Qualität und Laborerfahrung ab. Die In-vivo-Konfokalmikroskopie stellt ein zuverlässiges nichtinvasives Verfahren dar, allerdings ist ihre Verfügbarkeit begrenzt. Therapeutisch kommt PHMB 0,02 % in Kombination mit Propamidin zum Einsatz. Die mittlerweile zugelassene Alternative PHMB 0,08 % als Monotherapie zeigt gleichwertige Ergebnisse, bei jedoch ungleich höheren Therapiekosten. Der Einsatz von Kortikosteroiden erfordert Zurückhaltung und sollte erst nach klarer klinischer Besserung unter Antiamöben-Therapie erfolgen. Therapeutische Keratoplastiken in noch entzündlichen Stadien sind trotz deutlicher Reduktion der Keimlast mit einem relevanten Rezidivrisiko behaftet, während optische Keratoplastiken im entzündungsfreien Intervall die niedrigsten Rezidivraten zeigen; daher muss das Timing individuell und sorgfältig abgewogen werden. Darüber hinaus erfordert die monatelange Therapie eine strukturierte und konstante Patientenführung, um Ängsten, Überforderung und Erschöpfung entgegenzuwirken. Insgesamt erfordert die erfolgreiche Behandlung der Acanthamoeben-Keratitis eine Kombination aus präziser Diagnosestellung, evidenzbasierter Therapie und kontinuierlicher patientenzentrierter Betreuung.

07.06 R ***Hornhauttrübung – Ursachen und Therapiekonzepte?***
Boris Breuer (Dresden)

07.07 KV ***Hornhauttransplantation bei immunologischen Prozessen***
Stefan Mielke (Chemnitz)

Das Immunsystem stört bei einer Hornhauttransplantation. Richtungsweisend ist die Bestimmung der Antigene, gegen die eine Immunreaktion gerichtet ist: Bakterien, Viren, Spendergewebe - oder Wirtsgewebe (Autoimmunerkrankungen). Im Fokus steht die antibiotische/antivirale Sanierung bzw. die Unterdrückung der Immunreaktion. Dazu stehen verschiedene lokale als auch systemische Therapiemöglichkeiten zur Verfügung. Zu den lokalen Therapiemöglichkeiten zählen Medikamente, Blut-/Lymphgefäßdestruktion oder die chirurgische Entfernung. Eine systemische Therapie fokussiert eine begleitende antimikrobielle Behandlung, eine generalisierte Immunsuppression oder eine spezifische Therapie einer Autoimmunerkrankung (z.B. Neurodermitis).

Sämtliche Therapieentscheide sind nach entsprechender Diagnostik sehr individuell und Einzelfallentscheide. Es fehlen sehr häufig Leitlinien oder eine strukturierte Evidenz.

Varia

08.01 V **Strukturiertes Work-Up bei White-Dot-Syndromen**
Hida-Alraman Al-Badri, V. Kakkassery (Chemnitz)

Der Sammelbegriff „White-Dot-Syndrome“ umfasst die primäre Choriokapillaritis bzw. die entzündlichen Choriokapillaropathien und die stromale Choroiditis.

Bei der primären Choriokapillaritis bzw. den entzündlichen Choriokapillaropathien, kommt es primär zur Entzündung der Choriokapillaren, wodurch eine Non-Perfusion entsteht. Dadurch entstehen die typischen flachen, plakoiden Läsionen.

Bei der serpiginösen Choroiditis besteht eine Non-Perfusion der großen Choriokapillaren. Bei der akuten posterioren multifokalen plakoiden Pigmentepitheliopathie (APMPPE) und der multifokalen Choroiditis und Panuveitis (MFC/MCP) besteht eine Non-Perfusion der mittelgroßen Choriokapillaren. Beim Multiple Evanescent White Dot Syndrome (MEWDS) liegt ein Endkapillarengefäßverschluss vor.

Unter der stromalen Choroiditis versteht man die Entwicklung von Entzündungsläsionen, i. d. R. in Form von Granulomen im choroidalen Stroma. Dazu gehören unter anderem: Punctate Inner Choroidopathy (PIC), Birdshot-Chorioretinopathie (BCR), Vogt-Koyanagi-Harada-Syndrom, Sympathische Ophthalmie, Akute Zonal Ocult Outer Retinopathie (AZOOR), Akute makuläre Neuroretinopathie (AMN).

Der strukturierte Work-up bei White-Dot-Syndromen basiert auf einer zielgerichteten Anamnese, einer Fundusuntersuchung, multimodaler Bildgebung und dem Ausschluss einer infektiösen oder entzündlichen Systemerkrankung.

08.02 V **Okuläre Sarkoidose - klinisches Bild und Versorgung**
Stefan Spyra (Chemnitz)

Die okuläre Sarkoidose stellt eine häufige Differenzialdiagnose in der Uveitissprechstunde dar. Ihr Ausprägungsbild ist mannigfaltig, kann sie sich doch im vorderen, intermediären als auch im hinteren Abschnitt des Auges manifestieren. Interdisziplinarität ist entscheidend bei der Diagnostik dieser Entität: So kommen bildgebende Verfahren sowie labormedizinische Parameter ins Spiel, um einen möglichen Verdacht zu untermauern. Histopathologische Proben, die die Diagnose zweifelsfrei sichern können, sind hingegen nur sehr selten und mit einem erhöhten Risiko für den Patienten zu gewinnen. Daher können oft nur Wahrscheinlichkeitsgrade für das Vorliegen einer okulären Sarkoidose angegeben werden. Dieses Referat soll diese Einstufungen näher beleuchten, anhand klinischer Bilder typische Befunde darstellen und einen Ausblick auf die therapeutischen Möglichkeiten geben.

Methoden: Literaturrecherche und Befundbesprechung anhand klinischer Bilder.

08.03 V **Infektiöse Uveitis - Bartonella henselae und co.**
Elizaveta Goltsova (Dresden)

08.04 V **Lues – eine Erkrankung die auch das Auge betrifft**
Elisabeth Schreiber, T. Hejna (Dresden)

- Eine Syphilis-Infektion kann am Auge verschiedene Krankheitsbilder imitieren und ist meldepflichtig (typisch: plakoide Chorioretinitis).
 - Die Zahl gemeldeter Syphilis-Infektionen in Deutschland ist steigend (9519 Fälle 2024).
 - Es besteht eine häufige Koinfektion mit HIV (46%).
 - Eine okuläre Beteiligung bei Syphilis ist als Neurolyues zu werten, wobei eine Lumbalpunktion empfohlen wird.
 - Nach serologischer Bestätigung sollte die antibiotische Therapie (z.B. Penicillin-Megadosis) i.v. über mind. 2 Wochen erfolgen.
 - Bei rechtzeitigen Therapiebeginn ist eine gute Prognose zu erwarten.
 - Die Anbindung an eine infektiologische Ambulanz wird empfohlen.
-

08.05 KV **Neue Wege in der Medizin - Digitalisierung in der Augenheilkunde**
Gabriel Stolze (Chemnitz)

Ziel: Der Facharztmangel in der Augenheilkunde erreicht in verschiedenen Regionen Mitteldeutschlands kritische Ausmaße, besonders im ländlichen Raum. In Sachsen-Anhalt sind aktuell 8,5 Augenarztsitze unbesetzt. Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und einer alternden Gesellschaft wird sich diese Situation weiter verschärfen. Das Pilotprojekt Zörbig evaluiert den Einsatz eines KI-gestützten telemedizinischen Screening-Systems (EyeLib, Mikajaki) zur Früherkennung von Augenkrankheiten bei Neupatienten ohne bestehende augenärztliche Anbindung als Ergänzung zu bestehenden Versorgungsmodellen.

Methode: In der Zweigpraxis Zörbig des Instituts für Augenheilkunde Halle wird an Tagen ohne fachärztliche Besetzung ein strukturiertes telemedizinisches Screening durchgeführt. Einschlusskriterien sind subjektive Sehverschlechterung und fehlende augenärztliche Anbindung. Das Screening umfasst Anamnese, Visustest und automatisierte Messungen mit dem EyeLib-System einschließlich objektiver Refraktion, Pachymetrie, Hornhauttopographie, berührungsloser Tonometrie, OCT (anterior/posterior) und Fundus-Fotographie zur Detektion von Glaukom, diabetischer Retinopathie, altersbedingter Makuladegeneration und weiteren Pathologien sowie einen standardisierten Fragebogen zur Studienevaluation. KI-basierte Algorithmen erstellen umfassende Vordiagnosen, die von Augenärzten der Hauptpraxis zeitversetzt validiert und triagiert werden.

Ergebnis: Die Pilotstudie läuft seit Mai 2025. Erste Daten werden präsentiert zu Anzahl der gescreenten Personen, Häufigkeit behandlungsbedürftiger Befunde mit Einbestellung in die reguläre Sprechstunde, Art der detektierten Pathologien sowie Patientenakzeptanz und -zufriedenheit basierend auf dem standardisierten Fragebogen.

Schlussfolgerung: Das telemedizinische Screening könnte eine wichtige Ergänzung zur traditionellen Versorgung darstellen. Es kann helfen, Versorgungslücken zu schließen, die entstehen, wenn Praxissitze beim Übergang der Kollegen in den Ruhestand nicht nachbesetzt werden können. Das Pilotprojekt evaluiert die Integration des EyeLib-Systems in eine periphere Praxis mit angeschlossener Versorgung durch die Hauptpraxis. Ähnliche strukturelle Herausforderungen bestehen in verschiedenen Regionen Mitteldeutschlands. Die Entwicklung flexibler telemedizinischer Systeme mit entsprechenden Abrechnungsmöglichkeiten könnte eine wichtige Säule zukünftiger Versorgungsmodelle werden. Entscheidend ist die gemeinsame Entwicklung funktionierender Systeme sowie die koordinierte Zusammenarbeit mit Politik und Kostenträgern, um deutschlandweit die Rahmenbedingungen für moderne und flexible Versorgungsstrukturen zu schaffen.

Die nächste Jahrestagung der **Sächsischen Augenärztlichen Gesellschaft**

findet am **27. & 28. November 2026**

in **Leipzig**

unter der wissenschaftlichen Leitung von
Professor Dr. Focke Ziemssen statt.

Schon heute dürfen wir Sie herzlich einladen und freuen uns auf ihr Kommen!