

Newsletter Aktionsbündnis Sehen im Alter (SiA) 03/2022

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Unterstützerinnen und Unterstützer des Aktionsbündnisses Sehen im Alter,

in Ihrem E-Mail-Briefkasten liegt der dritte Newsletter des Aktionsbündnisses im Jahr 2022.

Ein Schwerpunkt dieses Newsletters liegt bei den typischen Augenkrankheiten, von denen Menschen im fortgeschrittenen Lebensalter betroffen sein können.

Desweiteren geht es um ethische Fragen im Spannungsfeld zwischen Patientenwille und Ökonomie, um barrierefreie Haushaltsgeräte und um Anliegen älterer Menschen bezüglich Bildung und das Recht auf persönliche Besuche während einer Pandemie.

Am Schluss habe ich noch einen Veranstaltungstipp für alle, die trotz einer Sehbehinderung noch möglichst selbstständig leben wollen.

Ich wünsche Ihnen eine interessante Lektüre.

Inhalt

1. Neue Therapieansätze bei altersabhängiger Makuladegeneration	2
2. Klare Sicht trotz Diabetes - Empfehlungen für Menschen mit diabetischer Retinopathie	4
3. Notfall Netzhautablösung	8
4. Ethik Kodex: Im Spannungsfeld zwischen Patientenwille und Ökonomie.....	9
5. Morbus Stargardt: ALK-001 verlangsamt Krankheitsverlauf	11
6. Start der Badesaison: Im Pool oder See - besser auf Kontaktlinsen verzichten.....	12
7. Haushaltsgeräte für alle Menschen	14
8. Bildung im Alter – für alle ermöglichen	15
9. Tägliche Besuche in Pflegeheimen müssen möglich sein	16
10. 20. Februar bis 03. März 2023: Kurs in Orientierung und Mobilität für Menschen mit altersbedingter Makuladegeneration (AMD)	17

1. Neue Therapieansätze bei altersabhängiger Makuladegeneration

Wir veröffentlichen das Statement von Professor Dr. med. Frank G. Holz, Vorsitzender der Stiftung Auge und Direktor der Universitäts-Augenklinik Bonn, das er am 1. Juni 2022 online in der Pressekonferenz der Stiftung Auge abgegeben hat.

"Die altersabhängige Makuladegeneration ist die häufigste Ursache für schweren Sehverlust in allen Industrienationen. Verantwortlich hierfür sind die Spätstadien der Erkrankung, die sich entweder als „feuchte“ Form manifestiert – hier wachsen krankhafte, undichte Gefäße in die Stelle des schärfsten Sehens ein, die Ödeme und Blutungen verursachen können – oder als „trockene“ Form, bei der Netzhautzellen unmittelbar zugrunde gehen. Für die exsudative, feuchte Form konnte mit der Einführung der anti-VEGF-Präparate, die mittels Spritze unmittelbar in das Auge verabreicht werden, ein Therapiedurchbruch erzielt werden. Allerdings muss diese Spritzen Therapie über einen langen Zeitraum in hoher Frequenz durchgeführt werden. Dabei sind die Verläufe individuell sehr variabel, was eine unterschiedliche Applikationshäufigkeit zur Folge hat. Mitunter muss in vierwöchentlichen Abständen behandelt werden, was gerade bei den Eltern von jungen Patientinnen und Patienten mit erheblichem Aufwand und großen Belastungen verbunden ist. Eine zuletzt durchgeführte Umfrage der EURETINA unter Netzhautspezialisten in Europa hat ergeben, dass nur etwa 59 Prozent aller Betroffenen die jeweils avisierten Termine tatsächlich wahrnehmen. Dabei führt das Ausbleiben einer erforderlichen Behandlung in der Regel zu irreversiblen Sehverlust. Vor diesem Hintergrund wurden und werden Therapieansätze verfolgt mit Medikamenten beziehungsweise Verfahren, die eine längere Wirkdauer aufweisen. Das Präparat Brolucizumab (Handelsname Beovu) ist mittlerweile in Deutschland und Europa zugelassen. Studien haben gezeigt, dass etwa 75 Prozent der Patientinnen und Patienten, die mit feuchter AMD mit diesem Präparat behandelt wurden, mit Injektionen im Dreimonatsabstand auskommen. Dies könnte im Langzeitverlauf bei der Lösung von Adhärenzproblemen helfen und einen Beitrag dazu leisten, dass Unterdosierungen, das heißt, zu wenige Injektionen, eher vermieden werden können. Gleichzeitig geht aus den Studiendaten hervor, dass ein stärker trocknender Effekt auf das Makulaödem beobachtet werden kann. Dies kann mit einem bildgebenden Verfahren, der sogenannten optischen Kohärenztomographie (OCT) präzise am Patientenaugen bestimmt werden. Ein weiterer neuer Therapieansatz stellt das Präparat Faricimab dar. Dabei handelt es sich um einen bispezifischen Antikörper, der gleich in zwei krankheitsrelevante Stoffwechselwege

eingreift, indem er neben VEGF auch Angiopoetin 2 hemmt. Die in diesem Jahr veröffentlichten Studienergebnisse zeigen die Wirksamkeit und Sicherheit der kombinierten Inhibition. Dabei konnte die Sehkraft auch bei einem hohen Anteil der Patientinnen und Patienten mit viermonatlichen Injektionsintervallen

gehalten werden. Das Präparat ist in den USA bereits zugelassen. Mit einer Zulassung in Deutschland und in Europa wird demnächst gerechnet. Neu ist ebenfalls das sogenannte "Port Delivery System" PDS. Dabei wird ein permanentes, nachfüllbares intraokulares Implantat in Form eines Reservoirs an der Augenhöhle mikrochirurgisch verankert, welches kontinuierlich den Wirkstoff Ranibizumab, einen VEGF-Hemmer, in das Augeninnere abgibt. Damit werden Wirkdauern über sehr viele Monate erreicht, bevor eine Wiederauffüllung erforderlich ist. Außerdem werden nahezu identische Sehschärferesultate erzielt wie bei häufiger repetitiver Injektion in das Auge. Der überwiegende Teil der befragten Betroffenen, die zuvor konventionell behandelt wurden, gab eine starke Präferenz für dieses neue Therapieverfahren an. Für die trockene Spätform der altersabhängigen Makuladegeneration, die sogenannte geographische Atrophie, steht bislang noch kein zugelassenes Medikament zur Verfügung. Zuletzt konnten erstmals positive Phase-3-Studiendaten einen positiven Effekt von Pegcetacoplan zeigen. Es handelt sich dabei um ein Präparat, welches die Aktivität des sogenannten Komplementsystems hemmt. Voruntersuchungen haben gezeigt, dass dieses System eine wichtige Rolle bei der Entstehung der AMD spielt. Bei Patientinnen und Patienten, die im Rahmen der Studien damit behandelt wurden, konnte das Fortschreiten der Degeneration verlangsamt werden. Dabei wird zwar keine Verbesserung der zentralen Sehschärfe erreicht. Die Therapieeffekte sind jedoch klinisch relevant, weil durch einen rechtzeitigen Einsatz beim Auftreten der Erkrankung der Bereich der Stelle des schärfsten Sehens länger geschützt werden könnte. Das Medikament müsste allerdings auch repetitiv monatlich oder alle zwei Monate in das betroffene Auge gespritzt werden.

Gentherapie-Ansätze für beide Spätformen zielen darauf ab, dass nur eine einmalige Behandlung erforderlich ist, welche dann lebenslang wirken soll. Tatsächlich befinden sich solche gentherapeutischen Ansätze auch für die AMD bereits in klinischer Prüfung. Unter Gentherapie versteht man hier allgemein das Einbringen einer therapeutischen Nukleinsäure in betroffene Netzhautzellen einer Patientin oder eines Patienten. Das erste gentherapeutische Arzneimittel, Voretigene Neparvovec (Luxturna), wurde kürzlich von der Europäischen Zulassungsbehörde European Medicines Agency (EMA) für die Behandlung einer schweren erblichen Netzhautdegeneration zugelassen.

Zur Durchführung der Gentherapie erfolgt ein mikrochirurgischer Eingriff, bei dem zunächst der sogenannte Glaskörper im Auge mittels Vitrektomie unter dem OP-Mikroskop entfernt wird. Anschließend wird das Präparat über eine hauchdünne Kanüle unter die Netzhaut am Augenhintergrund injiziert. Zur präziseren Individualisierung der Therapie bei der feuchten AMD wurden zuletzt auch Verfahren der künstlichen Intelligenz eingesetzt, die dabei helfen, bildgebende diagnostische Aufnahmen (vor allem OCT) der Netzhaut automatisiert auszuwerten. Neben einer akkurateren und zeitsparenden Diagnostik können aus den Bilddaten auch weitergehende Informationen gewonnen werden. So ist zuletzt von Pfau et al. die Möglichkeit der

Vorhersagbarkeit von Injektionsintervallen aufgezeigt worden. Dies wäre auch bei der Auswahl des jeweiligen Therapieverfahrens hilfreich, je nachdem, ob Betroffene in der Zukunft einer hohen oder niedrigen Frequenz an Behandlungen bedürfen."

Quellen: u. a. Holz FG, Tadayoni R, Beatty S, Berger A, Cereda MG, Cortez R, Hoyng CB, Hykin P, Staurengi G, Heldner S, Bogumil T, Heah T, Sivaprasad S. Br J Ophthalmol. 99:220- 226;2015

Das Statement von Professor Dr. med. Frank G. Holz und die komplette Pressemappe zur Online-Presskonferenz der Stiftung Auge am 1. Juni 2022 finden Sie hier: https://stiftung-auge.de/files/2022/06/Pressemappe_PK_2022_Stiftung_Auge.pdf

2. Klare Sicht trotz Diabetes - Empfehlungen für Menschen mit diabetischer Retinopathie

Wir veröffentlichen auch das Statement von Dr. med. Peter Heinz im Rahmen der Pressekonferenz der Stiftung Auge am 1. Juni 2022.

Dr. Peter Heinz ist Vorstandsmitglied der Stiftung Auge, Vorsitzender des Bundesverbandes der Augenärzte (BVA) und Facharzt für Augenheilkunde in Schlüsselfeld

"Als Folge unseres Wirtschaftswunders nach dem Zweiten Weltkrieg und der sich daraus entwickelten Wohlstandsgesellschaft steigen die Zahlen der an Diabetes mellitus Erkrankten seit den 1960er Jahren in Deutschland kontinuierlich an. Aktuell geht der Diabetes Atlas der International Diabetes Federation (IDF) in seinen 2019 veröffentlichten Zahlen von 9,5 Millionen Diabetes-Erkrankten in Deutschland aus. Hiervon entfallen etwa 90 Prozent auf den Typ-2-Diabetes. Diese enorme Zahl zeigt, dass etwa 15,3 Prozent der Erwachsenen in Deutschland an Diabetes mellitus leiden. Erschreckend ist dabei die Dynamik, die allein vom Jahr 2017 auf das Jahr 2019 einen Anstieg von 25 Prozent zeigte. Dazu kommen noch schätzungsweise zwei Millionen Menschen, die noch gar nicht wissen, dass sie an Diabetes mellitus erkrankt sind. Das zeigt also, dass wir es mit einer immer weiter steigenden Anzahl an entsprechenden Patientinnen und Patienten zu tun haben. Die Gutenberg Gesundheitsstudie hat ja gezeigt, dass etwa 21,7 Prozent der an Diabetes mellitus Erkrankten an einer sogenannten diabetischen Retinopathie, einer Folgeerkrankung des Diabetes durch Schädigungen der Netzhautgefäße, leiden. Die entspricht etwa zwei Millionen Menschen mit Diabetes. Wird die Diabetes-Erkrankung anfangs nicht sofort entdeckt oder schwanken die Blutzuckerwerte stark, wird eine Schädigung der Netzhautgefäße mit der Dauer der Erkrankung wahrscheinlicher. Ein großes Problem hierbei ist, dass der Diabetes – selbst bei schlecht eingestellten Werten – lange Zeit keine Schmerzen oder Einschränkungen verursacht. Deshalb werden die Folgen von den Betroffenen

oft unterschätzt. Dies trifft auch für die ersten Veränderungen der Augen zu, die in der Regel nicht mit einer Verschlechterung des Sehens verbunden sind. Zumal diese Schäden an der Netzhaut leider – wie bereits dargestellt – eine häufige Folge bei Menschen, die an Diabetes mellitus erkrankt sind, darstellen. Rund ein Viertel der Patienten mit einem Typ-2-Diabetes, die länger als zehn Jahre erkrankt sind, sind von einer Retinopathie betroffen. Diese Veränderungen treten ohne Schmerzen auf und oft bestehen zunächst gar keine Einschränkungen des Sehens. Deshalb ist der regelmäßige Augenarztbesuch, bei dem der Augenhintergrund untersucht wird, so wichtig. Isolierte Kontrollen der Sehschärfe, etwa im Rahmen des Kaufes einer neuen Brille beim Optiker, sind keineswegs ausreichend und wiegen die Patientinnen und Patienten in einer trügerischen Scheinsicherheit.

Die diabetische Retinopathie ist eine immer noch häufige Ursache für eine Erblindung und zeigt verschiedene Ausprägungen. Es beginnt mit einer nichtproliferativen Retinopathie. Durch den Diabetes mellitus wird das Auge aufgrund der eintretenden Gefäßschädigungen schlechter durchblutet, sodass die Zellen der Netzhaut unter anderem durch den dadurch entstehenden Sauerstoffmangel geschädigt werden. In diesem Stadium ist die Veränderung noch nicht so ausgeprägt und es hat deshalb noch keine Neubildung von Gefäßen (Gefäßproliferation) als „Gegenmaßnahme“ des Organismus wegen des Sauerstoffmangels eingesetzt. Ein Übergang zu anderen Stadien ist jedoch möglich, sodass – je nach Ausprägung – eine entsprechende Anpassung der Nachkontrolle sinnvoll ist. Nach der augenärztlichen Untersuchung wird das individuell sinnvolle Kontrollintervall festgelegt. Die schlechtere Durchblutung des Auges wird – wie bereits dargestellt – von den Erkrankten anfangs meist nicht bemerkt. Nur wenige Betroffene nehmen Symptome wie Gesichtsfeldveränderungen (plötzliche Farbveränderungen, Lichtblitze und/oder dunkle Flecken) oder ein Nachlassen der Sehkraft wahr, die aber auch durch Schwankungen des Blutzuckers (durch die Brechkraftänderung der Linse) oder kurzfristiger Durchblutungsunregelmäßigkeiten (Kreislauf) überlagert werden können – zumal ja meist noch weitere Erkrankungen wie Bluthochdruck oder eine koronare Herzkrankheit vorliegen. Im Rahmen der augenärztlichen Untersuchung des Augenhintergrundes kann hingegen erkannt werden, ob die Durchblutung der Augengefäße bereits beeinträchtigt oder in welcher Ausprägung sie geschädigt ist und ob noch weitere Gefäßunregelmäßigkeiten vorliegen. Eine nichtproliferative Retinopathie kann dann in den proliferativen Zustand übergehen. In diesem fortgeschrittenen Stadium bildet der Körper neue Blutgefäße (sogenannte Gefäßproliferation oder Neovaskularisation). Der Körper versucht durch diese neuen, aber fragileren Blutgefäße den vorhandenen Sauerstoffmangel auszugleichen. Der Prozess wird durch einen Botenstoff den sogenannten „Vaskulären Endothelialen Wachstumsfaktor“ (engl. Vascular endothelial growth factor, kurz: VEGF) in Gang gesetzt, den die Zellen quasi als Notsignal freisetzen. Leider können die auf diesem Weg neu gebildeten Gefäße den Sauerstoffbedarf nicht ausgleichen. Im Gegenteil führen die neuen Gefäße

eher zu Problemen: Diese Gefäße können sehr leicht einreißen oder platzen und es kann so leicht zu Blutungen oder zu einem unerwünschten Austritt von Flüssigkeit in das Gewebe oder in begleitende Gewebsstränge im Glaskörper kommen. Gerade eine ausgedehnte Einblutung in das Augeninnere (die sogenannte Glaskörperblutung) wird von Betroffenen häufig als Ereignis mit schlagartig verschlechterter Sehkraft erlebt. Diese Entwicklungen müssen und können frühzeitig erkannt und behandelt werden. Das kann beispielsweise durch eine Laserbehandlung der Netzhaut oder auch die operative Einbringung von Medikamenten (IVOM), die dieses Gefäßwachstum hemmen (analog zur Behandlung der feuchten

Makuladegeneration), geschehen. Daher ist es wichtig, dass Menschen mit Diabetes regelmäßig den Augenhintergrund augenärztlich untersuchen lassen. Eine weitere schwerwiegende Folgeerkrankung stellt das diabetische Makulaödem dar. Dieses Ödem kann parallel zu den anderen Veränderungen auftreten. Von einem diabetischen Makulaödem wird gesprochen, wenn sich Flüssigkeit, die aus den geschädigten Gefäßen ausgetreten ist, in der Netzhautmitte ansammelt. Die Auswirkungen auf das Sehen hängen dabei von der Ausprägung der Schwellung und der Lokalisation der Flüssigkeit ab. Gerade der Bereich des schärfsten Sehens (Makula) ist für das Sehvermögen besonders wichtig. Wenn erste Anzeichen einer Sehstörung auftreten, sollten diese immer ernst genommen werden. Zu den Symptomen gehören verschwimmende Konturen, verblassende Farben oder auch Kontraste, die verflachen. Des Weiteren sind der Nachlass der Sehschärfe oder auftretende Flecken im Sichtfeld und verzogene Linien ein Alarmsignal. Ein solches Makulaödem kann ebenfalls durch eine augenärztliche Untersuchung der Netzhaut und dem Einsatz einer Optischen Kohärenztomographie (OCT) diagnostiziert und anschließend mittels einer IVOM-Behandlung bekämpft werden. Bei einer stark ausgeprägten proliferativen diabetischen Retinopathie kann es zudem noch zu Gefäßneubildungen in der Regenbogenhaut kommen, die dann den Kammerwinkel des Auges verlegen. Dadurch steigt der Augeninnendruck und es entsteht ein sogenanntes Sekundärglaukom, eine Sonderform des Grünen Stars. Auch die Trübung der Linse, ein sogenannter Grauer Star (Katarakt), tritt bei Diabetikerinnen und Diabetikern früher auf als normal. Aufgrund der modernen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten, die der modernen Augenheilkunde aktuell zur Verfügung stehen, ist es in den letzten Jahren gelungen, die Rate der durch Diabetes mellitus Erblindenden zu senken. So konnte diese Rate allein zwischen 2008 und 2012 bereits von 17 pro 100.000 auf neun pro 100.000 Betroffenen gesenkt werden. Trotzdem erblinden jährlich in Deutschland etwa 15.000 Diabetikerinnen und Diabetiker. Dabei zeigen sich erfreulicherweise trotz steigender Erkrankungszahlen keine parallel steigenden Erblindungszahlen. Dies ist ein Erfolg der augenärztlichen Versorgung in Deutschland. Aber um diese Erfolge zu verfestigen und auch noch zu verbessern, ist es notwendig, dass die entsprechenden Patientinnen und Patienten sich regelmäßig zu den entsprechenden Kontrolluntersuchungen in

den augenärztlichen Praxen vorstellen. Leider stellen sich nämlich aktuell nur 50 bis 60 Prozent der an Diabetes Erkrankten regelmäßig in einer augenärztlichen Praxis vor. Dies haben Auswertungen der Initiativgruppe Früherkennung diabetischer Augenerkrankungen (IFDA) und der Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Auge (AGDA) gezeigt.

Wichtig: Jeder an Diabetes mellitus Erkrankte sollte sich regelmäßig gemäß seinem individuellen Krankheitsrisiko (mindestens jedoch alle zwei Jahre) in einer augenärztlichen Praxis zur Untersuchung vorstellen. Unbedingt sollte bei der Anmeldung erwähnt werden, dass es sich um eine Untersuchung wegen des Diabetes handelt, sodass man schon planen kann, ob ein Fahrer benötigt wird und welchen Umfang die Untersuchung aufweisen muss. Gemäß der Nationalen Versorgungsleitlinie Diabetes werden dann anschließend die Kontrollintervalle festgelegt werden. Diese hängen vom aktuellen Augenbefund, aber auch von weiteren Faktoren wie etwa Begleiterkrankungen, Erkrankungsdauer ab. Leider erleben wir aber, dass den erforderlichen augenärztlichen Kontrolluntersuchungen seitens einiger Diabetologinnen und Diabetologen und auch von Hausärztinnen und Hausärzten nicht die entsprechende Bedeutung beigemessen wird und die Erkrankten nicht auf diese Untersuchung hingewiesen werden. Man könnte nun meinen, es reiche aus, wenn „irgendwer“ einfach regelmäßig eine Fotoaufnahme des Augenhintergrundes oder eine OCT anfertigt und diese beurteilt oder beurteilen lässt. Diese eigentlich charmante Idee hat jedoch mehrere Nachteile. Einerseits hat man durch Analysen festgestellt, dass es sehr häufig erforderlich ist, die Pupille zu erweitern, um wirklich aussagekräftige Fotoaufnahmen zu erhalten, insbesondere bei älteren Erkrankten. Und auch die bisherigen Erfahrungen mit dem reinen Einsatz von „künstlicher Intelligenz“ sind ernüchternd. Dieses Verfahren eignet sich in augenärztlicher Ausführung zur Beschleunigung und Verbesserung der Diagnostik, ist aber aktuell nicht dazu geeignet, diese wirklich zu ersetzen. Dies haben Untersuchungen einer Arbeitsgruppe der Universität Greifswald, die im Januar dieses Jahres publiziert wurde, gezeigt. Außerdem hat die Augenärzteschaft das große Problem, dass die digitale Fotografie des Augenhintergrundes kein Bestandteil der Gebührenordnung für die Versorgung gesetzlich Krankenkrankter ist, sodass dies wieder als „individuelle Gesundheitsleistung“ (IGeL) abzurechnen wäre, was wir Augenärztinnen und Augenärzte wiederum als problematisch empfinden. Der Berufsverband der Augenärzte Deutschlands (BVA) e.V. fordert deshalb schon seit Langem, dass dieses diagnostische Verfahren in den EBM aufgenommen werden muss. Leider bisher erfolglos. Wir bleiben aber am Ball. Wichtig bleibt: Alle an Diabetes mellitus Erkrankten sollten sich – neben der korrekten systemischen Therapie – unbedingt regelmäßig augenärztlich untersuchen lassen, um eine Erblindung infolge des Diabetes mellitus zu verhindern oder möglichst lange hinauszuzögern."

Das Statement von Dr. Peter Heinz finden Sie ebenfalls in der Pressemappe zur Online-Pressekonferenz der Stiftung Auge am 1. Juni 2022: https://stiftung-auge.de/files/2022/06/Pressemappe_PK_2022_Stiftung_Auge.pdf

3. Notfall Netzhautablösung

Die Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft (DOG) hat zum Thema "Netzhautablösung - Kurzsichtige bleiben auch nach Laser-Behandlung besonders gefährdet" am 21.04.2022 folgende Meldung veröffentlicht:

"Löst sich die Netzhaut des Auges ab, handelt es sich um einen Notfall, der sofort augenärztlich behandelt werden muss. Kurzsichtige Menschen sind besonders häufig davon betroffen – auch nach einer operativen Beseitigung der Kurzsichtigkeit. Warum Lasern oder Linsentausch nicht vor der Gefahr der Netzhautablösung schützen, auf welche Warnzeichen alle Kurzsichtigen achten sollten und welche Behandlungen helfen, erklärt ein Experte der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG).

Erste Hinweise beachten

Netzhautablösungen beginnen meist mit kleinen Rissen oder Löchern in der Netzhaut. „Sie treten als Folge altersabhängiger Veränderungen im Auge auf“, erklärt DOG-Experte Professor Dr. med. Andreas Stahl. Gelangt durch ein Loch Flüssigkeit unter die Netzhaut, kann sie sich vollständig abheben. „Dann droht Erblindung, falls nicht rechtzeitig mit einer Behandlung begonnen wird“, betont der Direktor der Klinik und Poliklinik für Augenheilkunde an der Universitätsmedizin Greifswald.

Alter und Kurzsichtigkeit als Risikofaktoren

Solche rissbedingten Netzhautablösungen nehmen weltweit zu, wie Fachleute registrieren. „Betroffen sind meist Personen über 50 Jahre, Männer häufiger als Frauen“, so Stahl. Zu den Risikofaktoren zählt neben Verletzungen des Augapfels, einer Grauen-Star-Operation und einer familiären Vorgeschichte mit Netzhautablösungen vor allem Kurzsichtigkeit. „Das Risiko steigt mit zunehmender Dioptrienzahl“, erläutert Stahl. „Denn je höher die Kurzsichtigkeit, desto länger ist im Regelfall das Auge. Und in einem langen Auge wirken sich Zugkräfte an der Netzhaut stärker aus.“ Gleichzeitig sind die Wandstrukturen in einem kurzsichtigen Auge häufig dünner und damit anfälliger für Einrisse.

Sehkorrektur könnte das Risiko sogar noch steigern

Eingriffe zur Korrektur der Kurzsichtigkeit können an diesen grundlegenden Mechanismen nichts ändern. „Ein kurzsichtiges Auge bleibt zu lang gebaut, auch wenn man die Hornhaut lasert oder die Linse operiert“, stellt der Experte fest. Das höhere Risiko für einen Einriss der Netzhaut oder eine Netzhautablösung besteht daher auch nach der Korrektur weiter. „Es ist im Gegenteil sogar

wahrscheinlich, dass ein Linsenaustausch, der die Kurzsichtigkeit beseitigt, das Risiko für eine Netzhautablösung noch zusätzlich steigert“, betont Stahl.

Erste Anzeichen ernst nehmen und handeln

Deshalb sollten alle Kurzsichtigen die Warnzeichen einer drohenden Netzhautablösung kennen – und bei Bedarf entsprechend handeln. „Wer neue bewegliche schwarze Punkte oder Nebel im Auge sieht, Blitze oder einen Schatten, der immer im selben Bereich des Gesichtsfeldes erscheint oder sogar größer wird, sollte spätestens am nächsten Tag eine Augenärztin oder einen Augenarzt aufsuchen“, rät Andreas Stahl. Eine Untersuchung des Augenhintergrundes mit weitgestellten Pupillen zeigt, ob und wie stark die Netzhaut beeinträchtigt ist.

Spezielle chirurgische Expertise erforderlich

Vom Grad der Netzhautschädigung hängt die Therapie ab. „Solange die Netzhaut noch anliegt, nutzen wir Laser- oder Kälteverfahren, um Risse oder Löcher wieder zu verschließen“, sagt Stahl. Beide Behandlungsmethoden können ambulant praktiziert werden. „Komplizierter wird es, sollte sich die Netzhaut schon abgelöst haben“, fügt der DOG-Experte hinzu. „Dann sind komplexere Eingriffe notwendig.“ Diese Operationen erfordern einen stationären Klinikaufenthalt und eine spezielle chirurgische Expertise.

Zur Wahl stehen verschiedene Operationsverfahren: Die Netzhaut kann mit einer Plombe aus weichem Kunststoff, einer Gasblase oder einem Kunststoffband wieder angelegt werden – oder mit einem Eingriff, bei dem der Glaskörper entfernt wird, um die Netzhaut anschließend mit Laser und einer vorübergehenden Tamponade aus Gas oder Silikonöl zu fixieren. „Wurde die Ablösung schnell erkannt, bestehen meist sehr gute Heilungschancen“, resümiert Stahl. Ging dagegen viel Zeit verloren, drohen Sehverlust und möglicherweise eine erneute Netzhautablösung. Es sei daher wichtig, so das Fazit des DOG-Experten, sich beim Auftreten von Lichtblitzen oder zunehmenden Verschattungen frühzeitig augenärztlich untersuchen zu lassen.

Quelle: [Pressemitteilung DOG April 2022](#); [Eyefox.com/News vom 21.04.2022](https://www.eyefox.com/News/vom-21.04.2022)

4. Ethik Kodex: Im Spannungsfeld zwischen Patientenwille und Ökonomie

DOG und BVA formulieren in einer Pressemitteilung im Mai 2022 Ethik-Kodex für die Ophthalmologie

"Patientenwohl und Patientenwille, ökonomische und ökologische Nachhaltigkeit, medizinische Machbarkeit – das sind Eckpfeiler, an denen sich ärztliches Handeln heutzutage prinzipiell ausrichten muss. Im Alltag in Klinik und Praxis müssen diese unterschiedlichen Aspekte in der medizinischen Behandlung sorgfältig miteinander abgewogen werden. Was das für Augenärztinnen und

Augenärzte konkret bedeutet, haben die Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft (DOG) und der Berufsverband der Augenärzte (BVA) gemeinsam in einem Ethik-Kodex¹ formuliert.

Die Berufsordnung der Bundesärztekammer gibt einen Rahmen für ärztliches Handeln vor: Zu den dort genannten ärztlichen Werten zählt die Achtung des Patientenwohls und -willens ebenso wie Gerechtigkeit und Kollegialität. Der jetzt vorliegende Ethikkodex für die Augenheilkunde soll diesen Rahmen speziell für diesen Fachbereich konkretisieren. Bereits die Frage, was unter einer angemessenen Diagnostik und Therapie zu verstehen ist, stellt sich in der augenärztlichen Praxis täglich neu und muss im Gespräch mit dem Patienten oder der Patientin geklärt werden. „Der Respekt vor dem Patientenwillen und der Patientenautonomie ist die wichtigste Richtschnur augenärztlichen Handelns“, sagt Professor Dr. med. Gerd Geerling, Präsident der DOG. Von zentraler Bedeutung sei es daher, ergebnisoffen, ehrlich und transparent über diagnostische und therapeutische Möglichkeiten aufzuklären. Dabei sei es auch zu respektieren, wenn eine Behandlung nach Aufklärung über Nutzen und Risiken abgelehnt werde.

Der Patientenwille sei allerdings nicht der einzige Maßstab dafür, wo Unterversorgung einerseits und Überversorgung andererseits beginnen. Behandlungswünsche finden prinzipiell dort ihre Grenze, wo ihnen „ärztliches Gewissen oder ein Mangel an gesellschaftlichen Ressourcen entgegenstehen“, wie es im Kodex von DOG und BVA heißt. Zu diesen Ressourcen zählen auch die Behandlungskapazitäten der Augenärztinnen und Augenärzte selbst. „Aufgrund des demographischen Wandels nimmt die Zahl ophthalmologischer Patientinnen und Patienten seit Jahren zu“, sagt Dr. med. Peter Heinz, erster Vorsitzender des BVA. „Mit Blick auf die Altersstruktur ophthalmologisch tätiger Ärztinnen und Ärzte ist dagegen absehbar, dass deren Zahl in den kommenden Jahren eher abnehmen wird.“ Der Kodex ruft daher nicht nur zur eigenen kontinuierlichen Fort- und Weiterbildung, sondern auch zum Engagement in Forschung und Lehre. Nur so könne die Weiterentwicklung des Fachs gewährleistet und – über die Ausbildung des augenärztlichen Nachwuchses – die Versorgung zukünftiger Patientinnen und Patienten sichergestellt werden.

Auch ökonomische Überlegungen spielen im ärztlichen Alltag eine Rolle. Das ist im Hinblick auf die einzelne Praxis legitim, im Hinblick auf die gesellschaftlichen Kosten sogar geboten. „Patientinnen und Patienten darf aber durch eine Überbewertung ökonomischer Kriterien kein Schaden entstehen“, heißt es im Kodex. Vor diesem Hintergrund sehen DOG und BVA auch das Vordringen von primär renditeorientierten Investoren im niedergelassenen Versorgungsbereich kritisch. „Hier besteht zunehmend die Gefahr, dass den Patientinnen und Patienten vermehrt nur noch lukrative Behandlungen angeboten werden, während Basisversorgung, welche die geforderte Rendite nicht erwirtschaften kann, leidet“, so Heinz. Das widerspreche sowohl dem Gebot der Kollegialität als auch dem Gebot, die Augenheilkunde in ihrer gesamten Breite zu erhalten und

am Erhalt eines qualitativ hochwertigen Gesundheitssystems mitzuwirken - auch dies Forderungen aus dem Kodex.

„Zukünftig muss auch die ökologische Nachhaltigkeit eine größere Rolle im Behandlungsalltag der Augenärztinnen und Augenärzte einnehmen“, betont Geerling. Nur, wenn die zur Verfügung stehenden Ressourcen nachhaltig und verantwortungsbewusst eingesetzt werden, können zukünftige Generationen von Augenärzten sowohl zum eigenen wie auch zum Wohl der Patienten arbeiten.

Neben der Zahl der Patientinnen und Patienten nimmt auch die Komplexität der ophthalmologischen Behandlung stetig zu: Das hochtechnisierte Fach entwickelt sich rasch weiter, und mit den augenärztlichen Möglichkeiten steigen auch die Ansprüche der Patienten. „In der Praxis haben wir es zudem mit immer älteren Patienten zu tun, die oft mehrere Begleiterkrankungen haben und eine Vielzahl von Medikamenten benötigen“, sagt DOG-Präsident Geerling. All diese Faktoren gelte es bei Therapieentscheidungen zu berücksichtigen. Schließlich werde auch in der Augenheilkunde nicht nur das Auge betreut, sondern immer der ganze Mensch.“

Literatur:

¹ https://www.dog.org/wp-content/uploads/2022/04/Kodex-der-Augenaerztinnen-und-Augenaerzte-in-Deutschland_DOG_BVA_final.pdf

Quelle: [Pressemitteilung DOG Juni 2022](#)

5. Morbus Stargardt: ALK-001 verlangsamt Krankheitsverlauf

Die Patientenvereinigung Pro Retina veröffentlichte am 13.06.2022 in ihrem "Forschungsnewsletter" folgende Information über aktuelle Ergebnisse einer US-amerikanischen Studie:

"Die Stargardt-Krankheit ist genetisch bedingt und führt bereits in jungen Jahren zu zunehmender Netzhautatrophie und Sehverlust. Die "Tolerability and Effects of ALK-001 on Stargardt Disease" (TEASE)-Studie konnte nun zeigen, dass ALK-001 – ein chemisch modifiziertes Vitamin A – das Voranschreiten der Netzhautdegeneration im fortgeschrittenen Stadium verlangsamt.

In den Vereinigten Staaten leiden nach Angaben des Institute of Molecular and Clinical Ophthalmology Basel (IOB) mehr als 40.000 Menschen an Morbus Stargardt. Typischerweise beginnt die Erkrankung bereits vor dem 20. Lebensjahr. Die Ausprägung reicht von einem mäßigen zentralen Sehverlust bis hin zu einer umfassenden generalisierten Seheinschränkung. Ohne zugelassene Therapie erblindet die überwiegende Mehrheit der Menschen im Alter von 50 Jahren.

Vitamin A ist wichtig für die Sehkraft und die Gesundheit der Netzhaut. Allerdings bildet das Retinol Ablagerungen in der Netzhaut, welche bei

Stargardt-Patienten zudem beschleunigt auftreten. Dies führt mit der Zeit zu zunehmender Netzhautatrophie und Sehverlust.

Verlangsamte Wachstumsrate der Netzhautatrophie

Die klinische TEASE-Studie wurde über zwei Jahre in sieben Forschungszentren in den Vereinigten Staaten durchgeführt. Zur Bewertung von ALK-001 bei Patienten mit atrophischer Stargardt-Krankheit fand die Untersuchung multizentrisch, doppelblind, randomisiert sowie placebokontrolliert statt.

Das Prüfpräparat ALK-001 ist ein chemisch modifiziertes Vitamin A, das täglich als Tablette eingenommen wird. Das Medikament verlangsamte die Wachstumsrate der Netzhautatrophie um etwa 30 Prozent pro Jahr, wie aus den von Prof. Hendrik Scholl (IOB) auf der ARVO 2022 vorgestellten Daten hervorgeht.

Die Studie, so Scholl, habe gezeigt, dass ALK-001 die Progression der Stargardt-Krankheit in ihrem fortgeschrittenen Stadium verlangsamt – ein Stadium, in welchem viele eine Verlangsamung für nahezu unmöglich hielten. Es sei erfreulich, einen so positiven Effekt bei Patienten im fortgeschrittenen Stadium zu sehen. Nun solle die Wirkung des Medikamentes in früheren Stargardt-Stadien untersucht werden, in denen ein noch größerer Behandlungseffekt zu erwarten sei.

ALK-001 ist laut Mitteilung des IOB das einzige Prüfpräparat, das die Bildung der Vitamin-A-Ablagerung verlangsamt, ohne Nebenwirkungen wie Nachtblindheit zu verursachen. „Diese Ergebnisse liefern den ersten klinischen Beweis dafür, dass Vitamin-A-Ablagerungen, die wir seit fast 30 Jahren untersuchen, zum Fortschreiten der Netzhautdegeneration beitragen“, fügte Dr. Ilyas Washington, der Entwickler des modifizierten Vitamin-A-Medikamentes, hinzu.

Die TEASE-Studie, so heißt es, sei derzeit die einzige Untersuchung, in der sowohl statistisch als auch klinisch signifikante Effekte auf das Fortschreiten der Stargardt-Krankheit gezeigt werden konnten.

Quelle: [Forschungsnewsletter Pro Retina vom 13.06.2022](#), Link zum ARVO-Abstract; Institute of Molecular and Clinical Ophthalmology Basel, 03.05.2022;

6. Start der Badesaison: Im Pool oder See - besser auf Kontaktlinsen verzichten

Die DOG weist zum Start der Badesaison Anfang Mai 2022 mit einer Pressemeldung auf Gefahren für Menschen, die Kontaktlinsen tragen, hin.

"Die Temperaturen steigen, die Freibäder öffnen und Pools und Seen laden zum erfrischenden Bad ein. Doch wer Kontaktlinsen nutzt, sollte die Haftschalen beim Schwimmen nicht tragen und den Kopf besser über Wasser halten, rät ein Experte der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG) zum Auftakt der

Badesaison. Denn Kontaktlinsen sind das größte Risiko für eine Hornhautentzündung mit Akanthamöben – und dieses Risiko wird durch Schwimmen noch einmal gesteigert, wie eine neue Langzeitstudie aus Österreich bestätigt.¹ Die parasitären Einzeller tummeln sich bevorzugt in abgestandenem Wasser, kommen aber auch in Leitungswasser vor.

Akanthamöben sind winzige Parasiten, die überall vorkommen und gedeihen – im Boden wie im Wasser, ob frisch oder verschmutzt. „Nisten sich Akanthamöben in der Hornhaut ein, können sie eine schwerwiegende, hartnäckige Entzündung hervorrufen, die sogenannte Akanthamöben-Keratitis“, erklärt Professor Dr. med. Björn Bachmann vom Zentrum für Augenheilkunde an der Universität zu Köln.

Kontaktlinsen fördern Kleinstverletzungen im Auge

Etwa 90 Prozent aller Menschen, die an einer Akanthamöben-Keratitis erkranken, tragen weiche Kontaktlinsen. „Die Akanthamöben-Hornhautentzündung ist überhaupt erst in Erscheinung getreten, seit es Kontaktlinsen gibt“, berichtet Bachmann. Denn weiche Kontaktlinsen verschlechtern die Sauerstoffversorgung der Hornhaut und machen sie anfälliger für winzige Verletzungen an der Oberfläche. „So können die Parasiten leichter in die Hornhaut eindringen“, erklärt der DOG-Experte.

Eine häufige Infektionsquelle, aus der die Akanthamöben stammen, ist abgestandenes Wasser – schlecht gereinigte Pools und ungenügend gechlorte Freibäder, mitunter sogar Leitungswasser, das für die Kontaktlinsenreinigung verwendet wird „Deshalb sollte man beim Schwimmen keine Kontaktlinsen tragen“, warnt Bachmann. „Wenn doch, dann bitte nicht untertauchen und dabei womöglich noch die Augen unter Wasser öffnen, ohne eine Taucherbrille zu tragen.“ Der DOG-Experte rät zudem, auf eine besonders sorgfältige Hygiene im Umgang mit den Haftschalen zu achten.

Haftschalen-Hygiene penibel befolgen

„Das bedeutet: Verschmutzung im Auge vermeiden, nicht die Augen reiben“, erläutert er, „und Kontaktlinsen niemals mit ungereinigten Fingern entnehmen oder einsetzen.“ Bachmann empfiehlt, die Hände zuvor gründlich zu waschen. Zur Hygiene gehört auch die Pflege der Kontaktlinsen: „Hauptursache für eine Akanthamöben-Keratitis ist die fehlerhafte Reinigung der Haftschalen“, berichtet Bachmann. „Deshalb für die Reinigung kein Leitungswasser verwenden, regelmäßig die Behältnisse wechseln und die Aufbewahrungsflüssigkeit nach den Angaben des Herstellers anwenden und erneuern.“

Kommt es zu einer Infektion mit Akanthamöben, macht sich die Erkrankung mit Schmerzen, verschlechtertem Sehvermögen und Rötung der Augen bemerkbar. „Die Schmerzen sind teils auffällig stark“, berichtet Bachmann. „Die Betroffenen sind zudem blendungsempfindlich und kneifen häufig die Augen.“ Nach kurzer Zeit zeigt sich eine entzündliche, mitunter auch ringförmige Trübung in der Hornhaut. Der direkte Nachweis der Erreger ist jedoch schwierig, weshalb es

häufig zu Fehldiagnosen kommt. „Oft wird die Akanthamöben-Keratitis mit einer Herpesvirus-Infektion verwechselt“, erläutert der Kölner Augenarzt.

An Hornhautzentren wenden

Wer Kontaktlinsen trägt und innerhalb der ersten Woche nach einem Badeausflug auffällig starke Augenschmerzen sowie eine Rötung entwickelt, sollte nicht zögern und sich sofort in augenärztliche Behandlung begeben, rät Bachmann. „Ist die Hornhaut auffällig, sollte die umgehende Vorstellung in einem Hornhautzentrum erfolgen“, fügt der Augenarzt hinzu. Der Nachweis der Parasiten erfolgt über Abstriche, Gewebeproben, PCR-Untersuchung und Bildgebung.

„Antibiotika alleine helfen gegen die Erkrankung nicht“, betont der DOG-Experte. Man bekämpft die Parasiten mit desinfizierenden Mitteln, mit Antiseptika. „Das kann sehr lange dauern und Monate intensiver Therapie erfordern“, so Bachmann. Zwar ist die Akanthamöben-Keratitis eine vergleichsweise seltene Erkrankung – doch erfordert sie nicht selten eine Hornhauttransplantation.“

Literatur:

¹ List, W., Glatz, W., Riedl, R. et al. Evaluation of Acanthamoeba keratitis cases in a tertiary medical care centre over 21 years. Sci Rep 11, 1036 (2021).

<https://doi.org/10.1038/s41598-020-80222-3>

Quelle: [Pressemitteilung DOG Mai 2022](#)

7. Haushaltsgeräte für alle Menschen

Am Vortag des Europäischen Protesttages zur Gleichstellung von Menschen mit Behinderung am 5. Mai weisen Blinden- und Sehbehindertenverbände aus Deutschland, Österreich und der Schweiz darauf hin, dass Inklusion im eigenen Haushalt beginnt, bei der Zugänglichkeit der Haushaltsgeräte, die uns umgeben. Erfahren Sie mehr darüber in der folgenden Pressemitteilung des DBSV.

Berlin/St. Gallen/Wien, 4. Mai 2022. Haushaltsgeräte gibt es für alles Mögliche und in verschiedenen Farben und Formen. Nur barrierefrei gibt es sie selten. Am 5. Mai, dem Europäischen Protesttag zur Gleichstellung von Menschen mit Behinderung, startet deshalb der Zusammenschluss "Home designed for all": Die Blinden- und Sehbehindertenverbände in Deutschland, Österreich und der Schweiz machen gemeinsam darauf aufmerksam, dass Menschen mit Seheinschränkung durch Touchpads an Herd und Backofen und andere Barrieren vor große Probleme gestellt werden. Dafür hat der Zusammenschluss u. a. einen Erklärfilm veröffentlicht.

Die technologische Entwicklung verändert die Handhabung und Nutzung moderner Haushaltsgeräte massiv. Dreh- und Kippschalter werden durch

Touchscreens oder Sensor-Tasten ersetzt. Die Menüführung ist oft komplex und unübersichtlich. Das führt für blinde und sehbehinderte Menschen zu massiven Problemen bei der Handhabung von Haushaltsgeräten und manchmal zu unüberwindbaren Barrieren.

Eine große Zahl an potenziellen Kundinnen und Kunden kann viele der aktuell auf dem Markt erhältlichen Haushaltsgeräte nicht oder nur eingeschränkt nutzen. Grundsätzlich betroffen sind allein in der EU rund 80 Millionen Menschen mit unterschiedlichen Formen von Behinderungen. Hinzu kommt eine wachsende Zahl von Menschen, welche aus altersspezifischen Gründen zunehmend Probleme mit Haushaltsgeräten hat.

Der Deutsche Blinden- und Sehbehindertenverband (DBSV), der Blinden- und Sehbehindertenverband Österreich (BSVÖ), der Schweizerische Zentralverein für das Blindenwesen (SZBLIND) und der Schweizerische Blinden- und Sehbehindertenverband (SBV) haben sich deshalb zusammengeschlossen, um das Anliegen barrierefreier Haushaltsgeräte gemeinsam voranzubringen.

In einem Erklärfilm stellen sie laientauglich dar, wo das Problem fehlender Barrierefreiheit liegt und dass dieses Problem lösbar ist. Voraussetzung dafür, dass alle Menschen im Haushalt zurechtkommen, ist ein "Design for All". Dazu gehört, dass Hersteller von Haushaltsgeräten konsequent das Mehr-Sinne-Prinzip beachten und die barrierefreie Information über ihre Geräte einplanen.

Das Mehr-Sinne-Prinzip ist ein Grundsatz der Barrierefreiheit. Bei Haushaltsgeräten gibt es vor, dass die Bedienung über mindestens zwei Sinne - Sehen, Hören oder Fühlen - möglich sein muss. Nur wenn Haushaltsgeräte barrierefrei bedienbar sind, können blinde und sehbehinderte Menschen am technischen Fortschritt teilhaben.

Der Zusammenschluss deutschsprachiger Blinden- und Sehbehindertenverbände "Home designed for all" bietet Herstellern Beratung und sensibilisiert sie für die Barrierefreiheit von Haushaltsgeräten. Am Vortag des Europäischen Aktionstages zur Gleichstellung von Menschen mit Behinderung weisen die Organisationen darauf hin, dass Inklusion im eigenen Haushalt beginnt, bei der Zugänglichkeit der Haushaltsgeräte, die uns umgeben.

Den Erklärfilm und weitere Informationen finden Sie unter:
www.home-designed-for-all.org

Treffen Sie die Initiative "Home designed for all" auch auf der Internationalen Funkausstellung (IFA) vom 3. bis zum 6. September 2022 in Berlin.

Quelle: [Pressemitteilung dbsv direkt vom 04.05.2022](#)

8. Bildung im Alter – für alle ermöglichen

Die BAGSO forderte in ihrer Pressemeldung vom 25. Mai 2022 die Entwicklung einer Nationalen Bildungsstrategie. Wörtlich heißt es in der Pressemeldung:

"Der Wunsch, Neues zu erfahren und dazuzulernen, ist unabhängig vom Lebensalter. Bildung im Alter trägt zu gesellschaftlicher Teilhabe, Wohlbefinden und Gesundheit bei. In einer Gesellschaft des langen Lebens wird sie immer wichtiger. In ihrem Positionspapier „Bildung im Alter – für alle ermöglichen“ ruft die BAGSO – Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen dazu auf, in allen Kommunen Bildungsangebote zu schaffen, die die vielfältigen Lebenslagen und Interessen älterer Menschen berücksichtigen. „Bildung ist ein Menschenrecht und daher allen Menschen unabhängig von ihrem Lebensalter zu ermöglichen“, heißt es in dem Positionspapier.

Die BAGSO fordert, das Thema Bildung im Alter als politische Aufgabe in Bund, Ländern und Kommunen zu verankern und benennt konkrete Schritte zu einer Nationalen Strategie für Bildung im Alter. So müssten leicht zugängliche, quartiersbezogene Lernorte und Bildungsangebote im direkten Wohnumfeld älterer Menschen sowie zugehende Formate geschaffen werden. Diese sollten zusammen mit älteren Menschen entwickelt werden und kostenfrei oder kostengünstig sein, um niemanden auszuschließen. Auch thematische Vielfalt muss nach Ansicht der BAGSO gefördert werden. Benötigt würden zum Beispiel Angebote in den Bereichen Digitalisierung, Gesundheitskompetenz und politische Bildung.

Im Rahmen einer Nationalen Strategie für Bildung im Alter gelte es auch, die Qualität der Bildungsangebote zu verbessern, heißt es in dem Positionspapier. Dazu sei es notwendig, das Berufsfeld der Geragogik und der Bildungsarbeit mit älteren Menschen insgesamt zu stärken.

Link [zum Positionspapier](#)"

Quelle: <https://www.bagso.de/spezial/aktuelles/detailansicht/bildung-im-alter-fuer-alle-ermoeglichen/>

9. Tägliche Besuche in Pflegeheimen müssen möglich sein

BAGSO warnt vor erneuter Isolation der Bewohnerinnen und Bewohner

Die BAGSO – Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen fordert, dass Besuche in Pflegeheimen auch dann weiter täglich möglich sein müssen, wenn die Corona-Testverordnung ausläuft. Die Verordnung, die die Finanzierung der kostenlosen Bürgertests regelt, ist bis zum 30. Juni 2022 befristet. In einem Schreiben an Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach und die Gesundheitsministerinnen und -minister der Länder hat die BAGSO die Politik dazu aufgefordert, im Falle des Auslaufens der Verordnung dafür Sorge zu tragen, dass Besuche in Pflegeheimen und in Krankenhäusern ungehindert möglich sind.

Während in fast allen Bereichen die Corona-Schutzmaßnahmen aufgehoben wurden, gilt in Pflegeheimen und Krankenhäusern weiter eine Corona-Testpflicht zum Schutz der besonders verletzlichen Menschen in diesen Einrichtungen. In

Pflegeeinrichtungen werden Testmöglichkeiten häufig nur an bestimmten Wochentagen und in engen Zeitfenstern angeboten. „Wird an einer Testpflicht festgehalten, dann muss sichergestellt werden, dass solche Tests entweder in den Einrichtungen oder zumindest in der unmittelbaren Nähe der Einrichtungen jederzeit und kostenfrei gemacht werden können“, heißt es in dem Schreiben. Dies müsse „mit höchster Dringlichkeit“ geregelt werden. Sonst drohe erneut eine soziale Isolation von Bewohnerinnen und Bewohnern von Pflegeeinrichtungen. Das enorme Leid, das hierdurch verursacht wurde, dürfe sich nicht wiederholen.

Quelle: [Pressemitteilung der BAGSO vom 10.06.2022](#)

10. 20. Februar bis 03. März 2023: Kurs in Orientierung und Mobilität für Menschen mit altersbedingter Makuladegeneration (AMD)

In der Pressemeldung des IRIS e. V. - Institut für Rehabilitation und Integration Sehgeschädigter vom Juni 2022 heißt es hierzu:

"Sind Sie ängstlich und fühlen sich unsicher, wenn Sie im Straßenverkehr allein unterwegs sind? Beispielsweise beim Überqueren von Straßen, an Ampeln, beim Einkaufen oder dem Benutzen öffentlicher Verkehrsmittel? Das IRIS-Institut bietet Ihnen während eines 11-tägigen Lehrgangs in Timmendorfer Strand Einzelunterricht an, damit Sie sich wieder sicher und selbständig fortbewegen können. Der Lehrgang beinhaltet 20 Stunden Orientierungs- und Mobilitätsschulung (O&M) und 4 Stunden Schulung in Lebenspraktischen Fähigkeiten (LPF) zur Bewältigung des Alltags. Außerdem haben Sie die Gelegenheit, sich mit Gleichbetroffenen auszutauschen und an den Freizeitangeboten des AURA Hotels teilzunehmen. Detaillierte Informationen und Beratung erhalten Sie direkt von IRIS e. V.

IRIS e. V.

Institut für Rehabilitation und Integration Sehgeschädigter
Marschnerstraße 26,
D-22081 Hamburg

Tel.: 040-2293026

Fax: 040-225944

E-Mail: info@iris-hamburg.org

www.iris-hamburg.org

Das IRIS-Institut ist bei Anträgen auf Kostenübernahme behilflich; eine baldige Anmeldung wird empfohlen.

Das war's für heute. Ich hoffe, es waren für Sie interessante Artikel dabei.

Der nächste Newsletter erscheint Mitte August 2022. Gerne informiere ich wieder über Neuigkeiten, die mir aus dem Kreis des Aktionsbündnisses bekannt oder zugemailt werden. Redaktionsschluss für den August-Newsletter ist der 10.08.2022.

Ich wünsche Ihnen bis dahin eine erholsame Sommerzeit.

Herzliche Grüße aus München sendet

Christian Seuß

Wenn Sie diesen Informationsbrief nicht erhalten möchten, teilen Sie uns dies bitte mit.

Aktionsbündnis Sehen im Alter

c/o: DBSV - Deutscher Blinden- und Sehbehindertenverband e. V.

Christian Seuß

Koordinator des Aktionsbündnisses „Sehen im Alter“

Rungestr. 19

10179 Berlin

Telefon: (030) 28 53 87-294

Fax: (030) 28 53 87-200

E-Mail: c.seuss@dbsv.org

Internet: www.sehenimalter.org