

Der DGII schon lange verbunden

Nishi neues Ehrenmitglied

In der Eröffnungssitzung der diesjährigen Tagung wird ein langjähriger Gast und treuer Freund der DGII erwartet. Dr. O. Nishi aus Osaka (Japan) ist einer der bekanntesten Wissenschaftler auf dem Sektor IOL und Kataraktchirurgie und sehr aktives Mitglied der DGII. Als Referent haben wir interessante und zukunftsweisende Beiträge von ihm gehört – immer auf Deutsch gesprochen!



Dr. O. Nishi

Nishi, Jahrgang 1940, ist in Osaka geboren, und hat nach dem Medizinstudium in Tokio sein Studium in Freiburg bis 1967 fortgesetzt. Nach seiner Rückkehr nach Japan hat er seine Facharztweiterbildung in Tokio erhalten. Den Kontakt nach Europa und vor allem Deutschland hat er immer aufrecht gehalten. Mehr als 80 Arbeiten von Nishi wurden in der angelsächsischen Literatur publiziert und er selbst wurde als gern gesehener Referent in Asien, Europa und USA eingeladen. Nishi ist seit 2002 Ehrenmitglied der DGII. Ihm wird im Rahmen der Eröffnungssitzung des DGII-Kongresses in Magdeburg die Ehrenmitgliedschaft der DGII verliehen. ○

Zweite Ausgabe des DGII-Newsletters zum 18. Kongress der Gesellschaft

Wissenschaftlicher Austausch im deutschsprachigen Europa

Der zweite Newsletter der Deutschsprachigen Gesellschaft für Intraokularlinsen-Implantation und Refraktive Chirurgie (DGII) erscheint begleitend zum diesjährigen Kongress der Gesellschaft in Magdeburg.

Die Programmkommission und Prof. Behrens-Baumann haben ein hervorragendes Programm zusammengestellt mit hochrangigen Referenten und Gästen.

Die DGII entwickelt sich weiter als Forum des wissenschaftlichen Austausches im Bereich der Katarakt und Refraktiven Chirurgie im deutschsprachigen europäischen Raum. Auch diesmal sind Vorträge aus Österreich, der Schweiz, Ungarn, der Tschechischen Republik, den Niederlanden und zusätzlich auch noch weitere internationale Gäste dabei.

Die DGII verstärkt des Weiteren ihre Aktivitäten im refraktiven Bereich. In Kooperation mit der ESCRS wurde eine neue Umfrage zur Refraktiven Chirurgie in Deutschland initiiert. Eine erste vorläufige Auswertung wird in diesem Newsletter vor-

gestellt. Neben der DGII/BVA Umfrage zur Kataraktchirurgie ist dies eine weitere berufspolitische Initiative.

Auf der diesjährigen Mitgliederversammlung wird eine Satzungsänderung zur Erweiterung des Vorstandes vorgelegt, um ein zusätzliches Vorstandsmitglied aus dem Bereich der Refraktiven Chirurgen zu wählen.

Die guten internationalen Beziehungen der DGII zeigen sich auch darin, dass dieses Jahr mit Dr. Okihiro Nishi ein neues Ehrenmitglied der Gesellschaft ernannt wird. Eine Zusammenfassung seines Ehrenvortrages finden sie ebenfalls in diesem Newsletter.

Wir freuen uns, diesen Newsletter Mitgliedern und Interessierten vorstellen zu können und freuen uns auf Ihr zahlreiches Erscheinen in Magdeburg. ○

Priv.-Doz.Dr.med. G.Auffarth
Sekretär der DGII
Prof.Dr.med. D.T.Pham
Präsident der DGII



Priv. Doz. Dr. Gerd U. Auffarth



Prof. Dr. Duy-Thoai Pham

DGII-Kongress-Tagungsband 2004

Ende Dezember des vergangenen Jahres ist im Biermann Verlag der Tagungsband zum 18. Kongress der DGII erschienen, der vom 27. bis 28. April 2004 in Heidelberg stattfand.

Das mehr als 550 Seiten umfassende Werk beinhaltet die wichtigsten der anlässlich dieser Tagung vorgestellten Fachbeiträge. Vertreten ist auch der Festvortrag des Berliner Philologen Prof. D. Mindt zum Thema „Wissenschaftssprache Deutsch?“. Mitglieder der DGII erhalten den Tagungsband kostenlos. ○

Themen des DGII-Kongresses

- Nachstarprävention
- Lens-refilling-Update
- Blaulichtfilter-IOL, torische IOL, neue Multifokal-IOL, phake IOL, Management luxierter Linsen und IOL, Irisprothetik und Irisblenden-IOL
- Phako bei Uveitis und Keratoplastik
- Kataraktchirurgie bei Kindern
- Komplikationsmanagement der Profis
- Kapselspannringsysteme
- Clear-lens-extraction
- Langzeitergebnisse der ICL
- Epi-LASIK/LASEK
- Customized Ablation/Standardablation

INHALT

Vorstand der DGII	2
Mitgliedschaft in der DGII und ESCRS	2
Publikationen der DGII	2
Festvortrag von Dr. Nishi anlässlich der 18. Tagung der DGII: Vorstellung einer neuen Lens-refilling-Prozedur zur Nachstar-Prävention und Wiederherstellung der Akkommodation	3-4
Umfrage der DGII/ESCRS zur Situation der Refraktiven Chirurgie in Deutschland: Pilotprojekt mit kurzem Fragebogen für repräsentative Anzahl von Refraktivchirurgen	5-7
Vorschau auf die diesjährige Tagung der DGII in Magdeburg: Wissenschaftliches Programm mit Altbewährtem und Neuem	8
Impressum	8

Vorstand der DGII



*Prof. Dr. Duy-Thoai Pham (Berlin),
Präsident*



*Prof. Dr. Ullrich Demeler (Bremen),
Vizepräsident*



Priv. Doz. Dr. Gerd U. Auffarth (Heidelberg), Sekretär



Priv. Doz. Dr. Ekkehard Fabian (Rosenheim)



Prof. Dr. Manfred R. Tetz, (Berlin)



Priv.-Doz Dr. Isaac Schipper (Luzern)



Dr. Klaus Miller (Innsbruck)

Mitgliedschaft in der DGII

Viele Vorteile gegen relativ geringen Mitgliedsbeitrag

Die DGII wurde vor 1987 Jahren in Gießen gegründet. Seitdem ist die Zahl der Mitglieder konstant auf knapp 800 angestiegen. Die jährlichen Kongresse stellen jeweils zu Beginn des Jahres das erste Forum dar, auf dem wissenschaftlich fundiert die neuesten Forschungsergebnisse und Trends in der Kataraktchirurgie und Refraktiven Chirurgie wiedergegeben werden.

Der jährliche Kongressband ist jedes Mal wieder eine aktuelle Standortbestimmung der deutschen Ophthalmochirurgie. Hier werden auf kurze prägnante Weise in den Artikeln die neuesten Forschungstrends zusammengestellt.

Die DGII hat im Vergleich zu anderen Berufsverbänden mit nur 90 Euro im

Jahr den niedrigsten Mitgliedsbeitrag. Hierin eingeschlossen ist der kostenlose Bezug des Tagungsbandes, welcher im freien Handel mehr kostet als die Jahresmitgliedsgebühr.

Des Weiteren haben alle DGII-Mitglieder reduzierte Teilnahmegebühren für den jährlichen Kongress und können die Webpage nutzen (www.dgii.org). Für nur 70 Euro mehr ist es möglich, eine Doppelmitgliedschaft DGII und ESCRS (European Society of Cataract and Refractive Surgeons) zu erwerben. Hier kommen dann noch die Leistungen der ESCRS-Mitgliedschaft hinzu:

Der kostenlose Bezug des Journals of Cataract and Refractive Surgery und der

Zeitschrift EuroTimes, sowie alle Internet-Angebote auf der ESCRS-Webpage (www.es CRS.org). Die Einzelmitgliedschaft in der ESCRS kostet normalerweise bis zu 150 Euro im Jahr, die Mitgliedschaft im Amerikanischen Verband (ASCRS) sogar 295 USD. Die Mitgliedschaft in der DGII stellt hier eine sehr gute und günstige Alternative da.

Der Antrag für die Mitgliedschaft kann von der Webpage (www.dgii.org) heruntergeladen und an das Sekretariat gefaxt werden.

Priv.-Doz.Dr.med. G.U.Auffarth
Sekretär der DGII

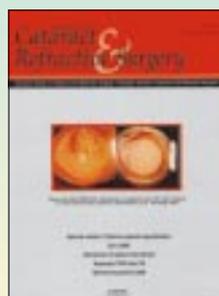
Die Publikationen der DGII und der ESCRS

Die Doppelmitgliedschaft in den ophthalmochirurgischen Gesellschaften DGII und ESCRS bringt viele Vorteile, insbesondere beim Bezug der Medien:

Der Jahresband der DGII mit allen Vorträgen und Abstracts



Journal of Cataract and Refractive Surgery



EuroTimes



www.dgii.org



www.es CRS.org

Neue Lens-refilling-Prozedur

Nachstar-Prävention und Wiederherstellung der Akkommodation

Der folgende Text fasst den Festvortrag von Dr. Okihito Nishi zur Verleihung der Ehrenmitgliedschaft der Deutschsprachigen Gesellschaft für Intraokularlinsen Implantation und Refraktiver Chirurgie (DGII) zusammen.

Nachstarprävention

Nachstarprävention und Wiederherstellung der Akkommodation sind zwei aktuelle Fragen nicht nur für die gegenwärtige sondern auch für die zukünftige Kataraktchirurgie.

Die Nachstar-Bewertung bei Kaninchen-Augen wird gewöhnlich im posterioren Bild nach E nukleation direkt unter einem Stereo-Mikroskop geführt, da man die bewertungsstauglichen Bilder in vivo bei den Tie-

ren nur schwerlich bekommen kann. Abbildung 1 zeigt posteriore Bilder von Kaninchen-Augen. Das Problem ist, dass man wegen der Vorderkapseltrübung die Hinterkapseltrübung nicht exakt wahrnehmen kann. Man kann den Nachstar als solchen nur bei genauer Fokussierung unter dem Stereo-Mikroskop erkennen. Dadurch ist die Nachstar-Bewertung bei den Tieren nur grob und subjektiv möglich. Hier möchte ich Ihnen eine neue Methode vorstellen, in der man den Nachstar mit dem Programm EPCO bewertet, nachdem man die störende Vorderkapseltrübung beseitigt. Zuerst wird die ganze Iris rundum an der Wurzel abgetragen. Dann wird die Vorderkapsel von der ganzen Optik-Oberfläche sorgfältig mit ei-

ner feinen Pinzette beseitigt. Danach wird die Iris wieder zusammengestellt (Abb.1).

Die Trübungen innerhalb der Optikfläche werden dann mit dem Bildanalyseprogramm EPCO bewertet (Abb.2).

Auf diese Weise haben wir Nachstar zwischen den einstückigen und dreistückigen AcrySof-Linsen bei fünf Kaninchen verglichen. Der Durchschnitts-EPCO-Wert war 3,12 für die einstückige und 2,41 für die dreistückige AcrySof. Der Unterschied ist statistisch signifikant. Was soll die Ursache sein? Wir haben vor zwei Jahren bereits darauf hingewiesen, dass der Hinterkapselknick an der Haptik-Wurzel bei der einstückigen AcrySof oft nicht gebildet werden kann. Wenn die Optik sehr groß oder die Haptik sehr dick ist, wie bei der einstückigen AcrySof, gibt es wenig freien Raum und freie Kapsel zwischen der Haptik und Optik, so dass Kapselverklebung und Kapselknick nicht komplett zustande kommen können, im Gegensatz zur dreistückigen AcrySof.

Bei der histopathologischen Untersuchung der Kaninchenaugen konnte man sehen, dass die Kapselknickbildung für die Nachstar-Prävention entscheidend ist. Dieses Ergebnis aber sollte schließlich mit klinischen Studien übereinstimmen. Einige klinische Studien zeigen, dass Nachstar vermehrt mit der einstückigen AcrySof bei der einjährigen Beobachtung vorkommt, jedoch der Unterschied keine statistische Signifikanz erreichte, wie in den Berichten von Wallin, Pereira, Nejima und Bender. Neulich berichtete die Wiener-Gruppe, Dr. Saku, Findl und Menapace, dass Nachstar im ersten Jahr signifikant mehr mit der einteiligen AcrySof beobachtet wurde, es jedoch nach zwei Jahren keinen signifikanten Unterschied mehr wegen der Nachstar-Regression gab. Hier spielt möglicherweise Material eine große Rolle.

Nun lässt sich der Effekt vom Kapselknick kontrovers diskutieren. Wir denken dass die Linsenepithelzellen hier an der Kapselknickstelle kontakt-inhibiert werden, wie es in vitro in Zellkultur geschieht. Spalton, Behermi, Nagamoto jedoch sind der Meinung, dass der Kapselknick selbst keinen Inhibitionseffekt habe, sondern der Kontaktdruck die Migration der LEZ anhalte, und der Kapselknick ein Ausdruck des Kontaktdruckes von der IOL auf die Hinterkapsel sei.

Es stellt sich die Frage ob ein Kontaktdruck hier tatsächlich entstehen kann. Die Kompression könnte nur entstehen, wenn die Hinterkapsel zur Vorderkapsel stark hin-

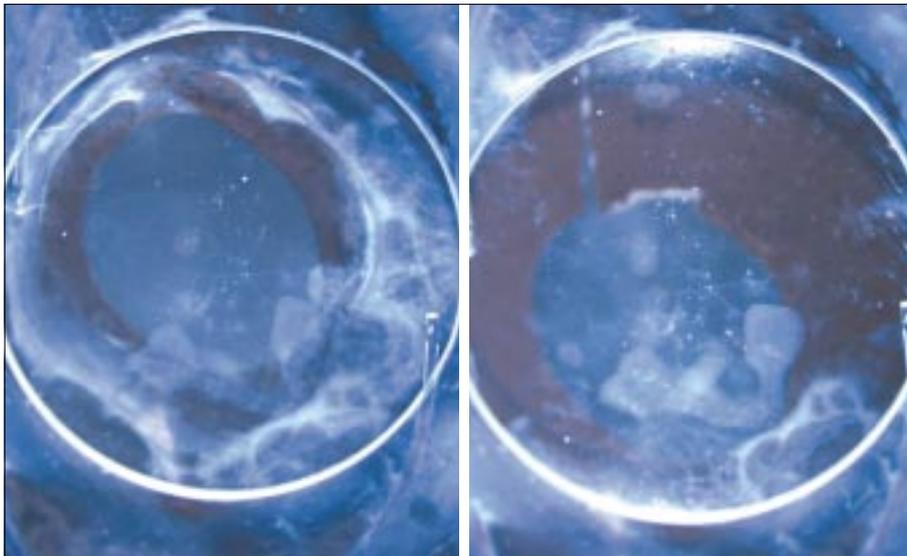


Abb. 1: Miyake/Apple Perspektive mit und ohne Vorderkapsel (l.)

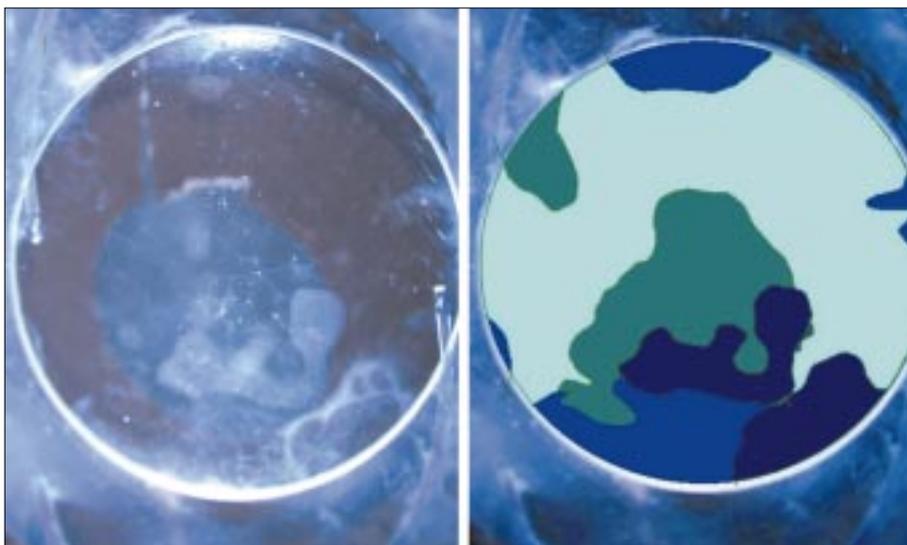


Abb. 2: Nachstarbewertung mit EPCO

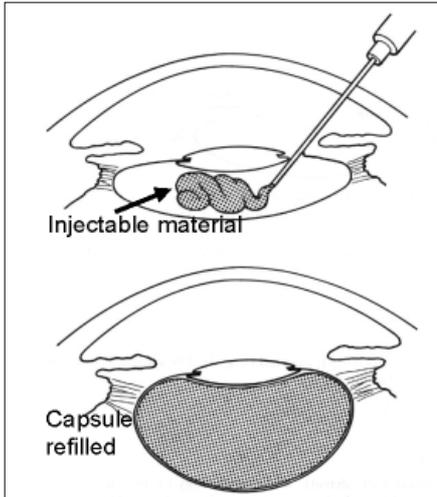


Abb. 3: Nishi O, Nishi K, Sakka Y Graefe's Archive of Clin. Exp. Ophthalmology, 1990

gezogen wird. Auf den Postmortem-Bildern der Kaninchen sieht man, dass die beiden Kapseln verkleben und die Hinterkapsel offensichtlich zur Vorderkapsel hingezogen wird. Wenn die Hinterkapsel tatsächlich gezogen würde, dürfte hier eine Kompression entstehen. Aber wenn wir denken, dass die Linsenkapsel voluminmäßig mindestens zehnmal so groß wie die IOL ist, dann könnte die Hinterkapsel ohne Zug und Druck auf der Optik liegen und sich an der scharfen Kante ein Knick spontan bilden.

Dies konnte in OCT-Bilder gezeigt werden. Zweitens fällt auf, dass die LEZ immer noch nicht auf die Hinterkapsel migrieren. Anfänglich vor der LEZ-Ansammlung müsste hier ein Kapselknick vorhanden sein. Ich vermute, dass die vordersten Schichten der LEZ hier wegen des Kapselknicks immer noch unter der anfänglichen Kontakt-Inhibition stehen. Alle diese

Befunde und Überlegungen deuten daraufhin, dass der Kapselknick der scharfen Kante folgend spontan entsteht, dort kaum Kompression entsteht und der Kapselknick selbst die Kontakt-Inhibition der LEZ induziert.

In Zusammenfassung: Die neue Nachstar-Bewertungsmethode, in der die Vorderkapsel von der Optik entfernt wird, und die Hinterkapseltrübung mit EPCO bewertet wird, dürfte für Tier- und humane Augen nützlich sein. Die dreiteilige AcrySof zeigte einen signifikant kleineren EPCO-Wert gegenüber der einstückigen AcrySof drei Wochen nach Chirurgie in den Kaninchen-Augen. Es sollte noch geklärt werden, ob dieses Ergebnis mit den klinischen Ergebnissen übereinstimmt.

Neues zum Lens Refilling

Nun wollen wir einen Blick in die Zukunft werfen. Bei der Linsenkapsel-Wiederauffüllung entsteht Nachstar fast hundertprozentig. Hierfür können wir das Scharfkanten-Konzept nicht benutzen, sondern sind auf ein anderes Konzept angewiesen. Im vergangenen Jahr in Heidelberg habe ich

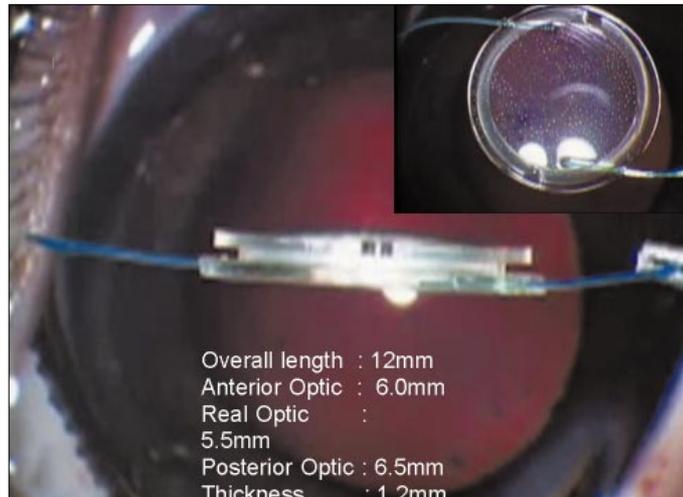


Abb. 4

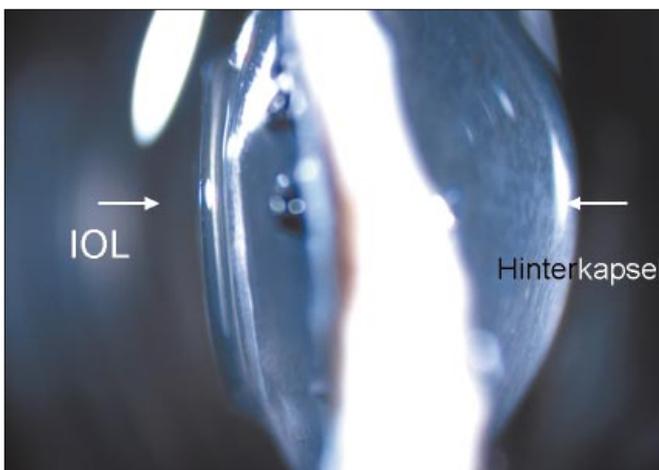


Abb. 5

eine neue akkommodierende IOL mit der Lens-refilling-Prozedur vorgestellt, mit der der Kapseltrübung, insbesondere der der Vorderkapsel, vorgebeugt werden kann. Die Idee habe ich vor 15 Jahren veröffentlicht und neu wieder aufgegriffen, um die Technik weiter zu entwickeln (Abb. 3). Dies ist die neueste faltbare Version der IOL (Abb. 4).

Die IOL ist ähnlich wie die konventionelle geformt, aber die Optik besitzt eine sehr schmale Vertiefung am Rand ihrer gesamten Zirkumferenz (Abb. 4). Der Kapsulorhexis-Rand wird in diese Vertiefung hineingeschoben, so dass die Optik in der Kapsulorhexis eingespannt wird. Dadurch kann die Leckage der injizierbaren IOL aus dem Kapselsack verhindert werden (Abb. 5). Das operative Vorgehen gestaltet sich dabei wie folgt:

1. Nach der Viskoelastikum-Injektion wird eine kleine Inzision in der Vorderkapsel mit einer 27-gauge-Nadel gemacht. Dann wird die Kapsulorhexis von ca. 4,5 mm Durchmesser mit einer Pinzette in üblicher Weise ausgeführt.
2. Phakoemulsifikation und Cortex-Aspiration.
3. Die IOL wird gefaltet und in den Kapselsack eingepflanzt.
4. Dann wird ein Sinskey-Haken in den Kapselsack hinter die IOL eingeschoben, um die IOL-Vertiefung in den Kapsulorhexis-Rand einzuspannen.
5. Dann wird das Viskoelastikum aus dem Kapselsack komplett entfernt.
6. Nun wird der Kapsulorhexis-Rand mit dem Sinskey-Haken angehoben.
7. Die Injektions-Nadel wird in den Kapselsack hineingeschoben, und das Silikon-Gemisch wird langsam injiziert bis der Kapselsack gefüllt ist.
8. Abschließend wird Miotikum injiziert.

Der zu erwartende Mechanismus der Akkommodation schließt eine Vorwärts-Bewegung und Verdickung der IOL ein. Gemäß einer neueren Studie, kann 1 mm Vorwärtsbewegung einer IOL Akkommodationsbreiten von

0,8 bis 2,3 D je nach der Achsenlänge ergeben. Auch gemäß der Studie von Van der Heijde, kann ca. 0,17 mm Änderung in der Linsendicke ungefähr 3 D von Akkommodation ergeben.

Zusammenfassung der Kapsulorhexis-gestützten IOL

Sie ist technisch gut ausführbar. Eine brauchbare Akkommodation kann durch Vorwärtsbewegung und Verdickung der gefüllten Linse erreicht werden. Dies muss aber noch bei Primaten bestätigt werden. Eine Entwicklung der Vorderkapsel-Fibrose kann vermieden werden. Postoperative in vivo Brechkraft-Änderung kann durch eine „adjustable IOL“ ermöglicht werden. ○

Umfrage der DGII/ESCRS zur Refraktiven Chirurgie in Deutschland

Pilotprojekt mit kurzem Fragebogen für repräsentative Anzahl von Refraktivchirurgen

Seit Jahren führt die American Society for Cataract and Refractive Surgery (ASCRS) zusammen mit der ESCRS Umfragen zur Refraktiven Chirurgie unter den Mitgliedern durch. Auch wenn diese Umfragen interessante Aspekte beleuchten, fiel in den vergangenen Jahren auf, dass die Umfragen selten repräsentativ sind, da von den mehreren Tausend Mitgliedern der Gesellschaften nur einige Hundert teilnahmen.

Die DGII führt seit Jahren zusammen mit dem BVA eine jährliche Umfrage zur Katarakt- und Refraktiven Chirurgie in Deutschland mit speziellen Fokus auf die Kataraktchirurgie durch.

In Zusammenarbeit mit der ESCRS hat die DGII nun zusätzlich ein Pilotprojekt gestartet, bei dem versucht wird, die Fragebögen gezielt an eine repräsentative Anzahl von Fachkollegen zu senden, die in dem Bereich der Refraktiven Chirurgie tätig sind.

Durch Abgleich mit Daten der KRC-Liste, der DGII Mitglieder und durch Internet-Recherche nach Refraktivchirurgen in Deutschland wurden etwa 260 Personen identifiziert, die Refraktive Chirurgie praktizieren beziehungsweise zumindest anbieten.

In den ersten sechs Wochen nach Versenden eines sehr kurz gehaltenen, sehr einfach strukturierten Fragebogens mit sechs Fragen kamen 117 verwertbare Fragebögen zurück. Der folgende Bericht stellt eine erste vorläufige Auswertung dieser Bögen dar. Eine ausführliche weitergehende Darstellung der Ergebnisse wird später veröffentlicht.

Gefragt wurde, mit welchem Laser und mit welchem Mikrokeratom gearbeitet wird, welche refraktiven Eingriffe durchgeführt werden, wo praktiziert wird und wie oft pro Monat welche Prozedur durchgeführt wird. Des Weiteren wurde nach Vorhandensein und Anwendungshäufigkeit von Wellenfronttechnologie gefragt. Die Antworten wurden in einer relationalen Datenbank verarbeitet.

Dreiviertel der Refraktiven Laserchirurgie in Lasercenter und Praxen

Abbildung 1 zeigt, dass drei Viertel der Excimer-Laser in Praxen oder Lasercentern genutzt werden. Etwa ein Viertel der Laser steht zu gleichen Anteilen in Universitäts-Augenkliniken oder nicht-universitären Kliniken.

Niedergelassene Augenärzte nutzen in 46 Prozent der Fälle mit anderen Kollegen

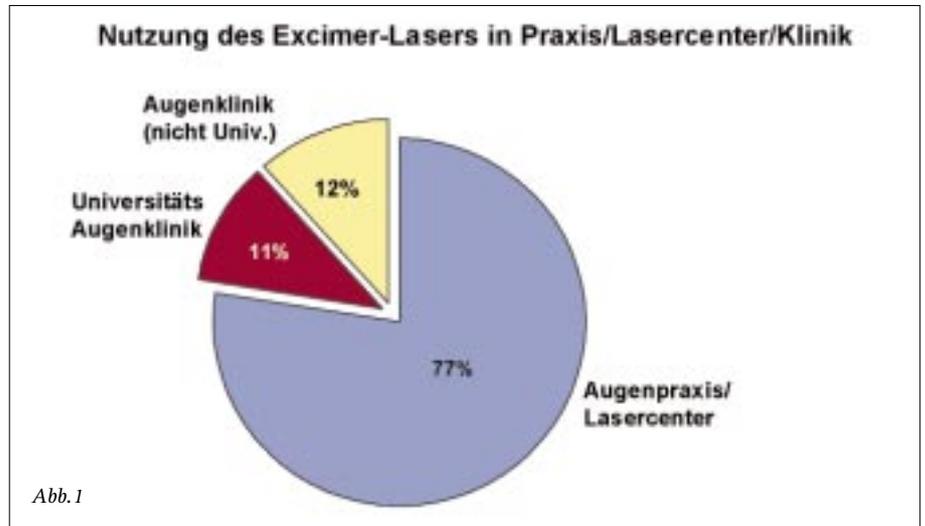


Abb.1

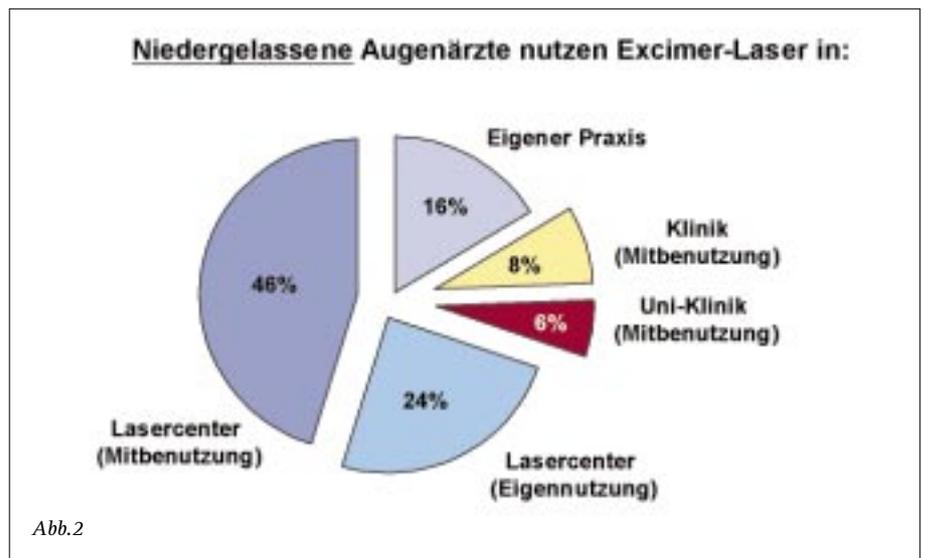


Abb.2

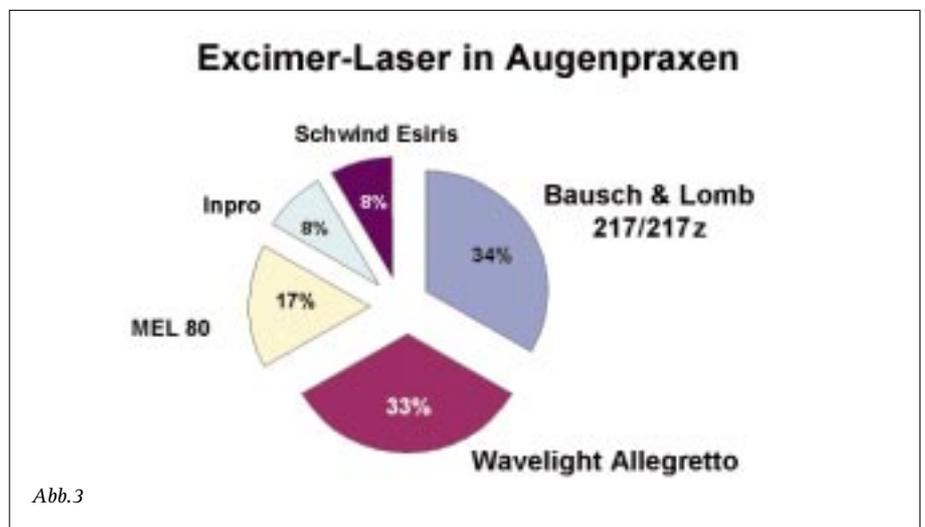


Abb.3

Excimer-Laser in Universitäts-Augenkliniken

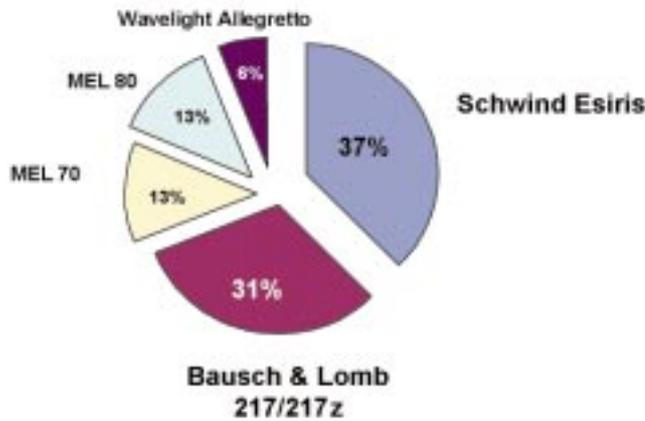


Abb.4

Excimer-Laser in Lasercenter

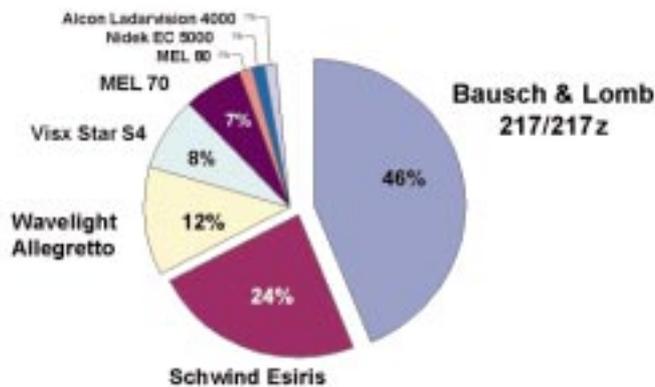


Abb.5

Mikrokeratome (Gesamtverteilung)

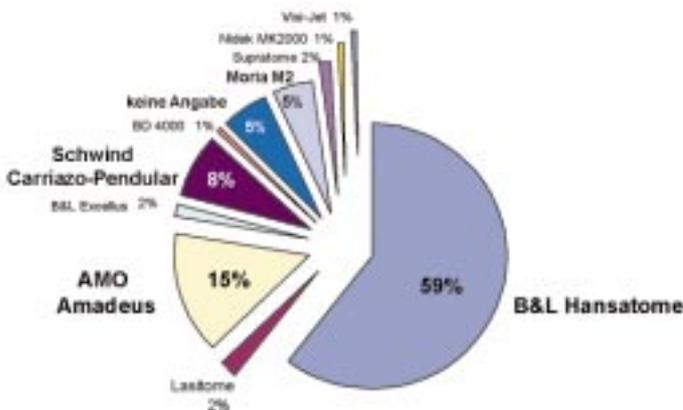


Abb.6

gemeinsam einen Laser in einem Lasercenter. Bei 16 Prozent der Kollegen steht der Excimer-Laser in der eigenen Praxis, bei 24 Prozent im eigenen angeschlossenen Lasercenter. In 14 Prozent der Fälle nutzen die Augenärzte extern Laser in Kliniken (Abbildung 2)

Als Laser werden in den Praxen in zwei Drittel der Fälle ein Bausch & Lomb 217/217z Laser oder der Wavelight Allegretto genutzt (Abbildung 3). In Universitäts-Augenkliniken steht dagegen am häufigsten ein Esiris Laser der Firma Schwind, gefolgt ebenfalls vom Bausch & Lomb Modell 217/217z (Abbildung 4)

Mitbenutzung eines Lasers häufiger als alleiniger Gebrauch

In den Lasercentern dominiert eindeutig der Bausch & Lomb Excimer Laser, gefolgt vom Schwind Esiris und einer Vielzahl weiterer Laser (Abbildung 5). Hier sind insbesondere die Häufigkeit von kommerziellen Lasercentern (FreeVis, EuroEyes, Visumed etc.) für die Ausstattung und damit Verbreitung bestimmter Lasertypen verantwortlich.

Bei den Mikrokeratomen benutzen die meisten Chirurgen das B&L Hansatome gefolgt vom AMO Amadeus und dem Schwind Carriazo Pendular (Abbildung 6).

Bei der Frage nach den refraktiven Verfahren gaben 90 Prozent der Befragten an, dass sie die LASIK anwandten, 40 bis 50 Prozent führen auch Oberflächenablationen mittel PRK oder LASEK durch. Epi-LASIK ist mit 13 Prozent noch nicht sehr verbreitet (Abbildung 7).

LASIK wird von 90 Prozent der Refraktivchirurgen angewandt

Linsen chirurgische refraktive Maßnahmen, wie phake IOL oder refraktiver Linsenaustausch, führen etwa 40 Prozent der Refraktivchirurgen durch (7).

Die durchschnittliche Häufigkeit, mit der LASIK-Prozeduren im Monat durchgeführt werden, wurde mit 20 ± 22 (1-125) angegeben. Die meisten Chirurgen führen unter zehn bis 20 LASIK pro Monat durch (Abbildung 8).

Im Schnitt werden $3,6 \pm 3,4$ (0-15) LASEK pro Monat durchgeführt und $2,7 \pm 4,5$ PRKs. Abbildung 9 zeigt hier die Häufigkeitsverteilungen auf. Von denen, die Epi-LASIK praktizieren, wurde die Zahl der Eingriffe mit durchschnittlich $3,9 \pm 5,5$ pro Monat angegeben.

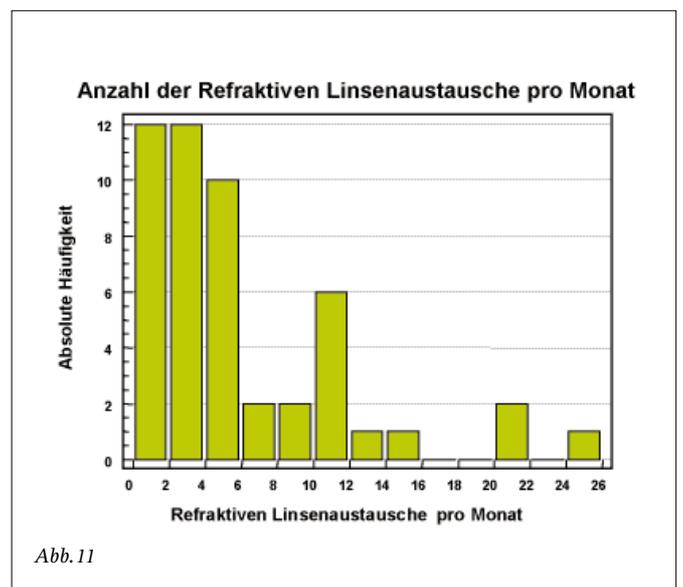
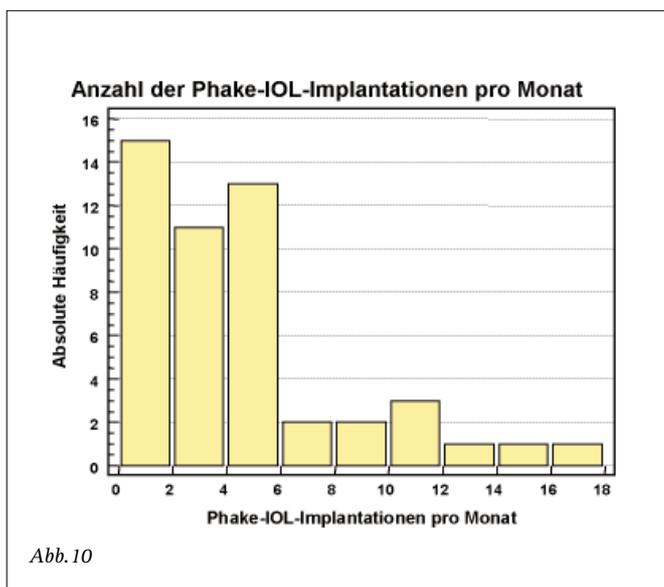
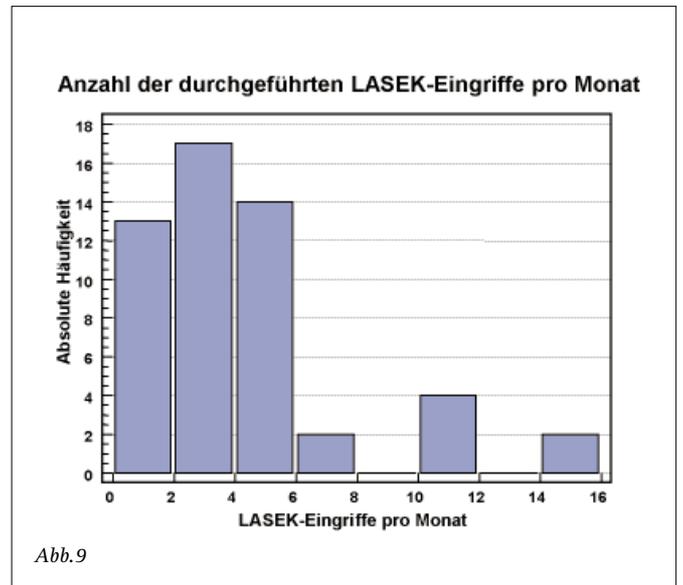
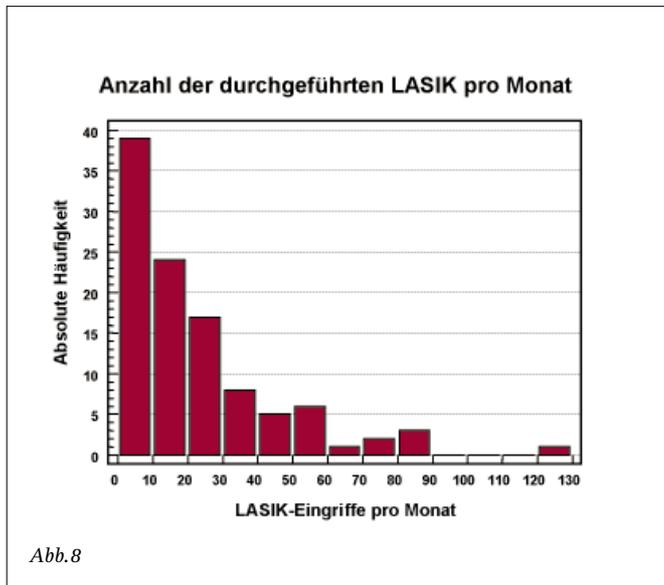
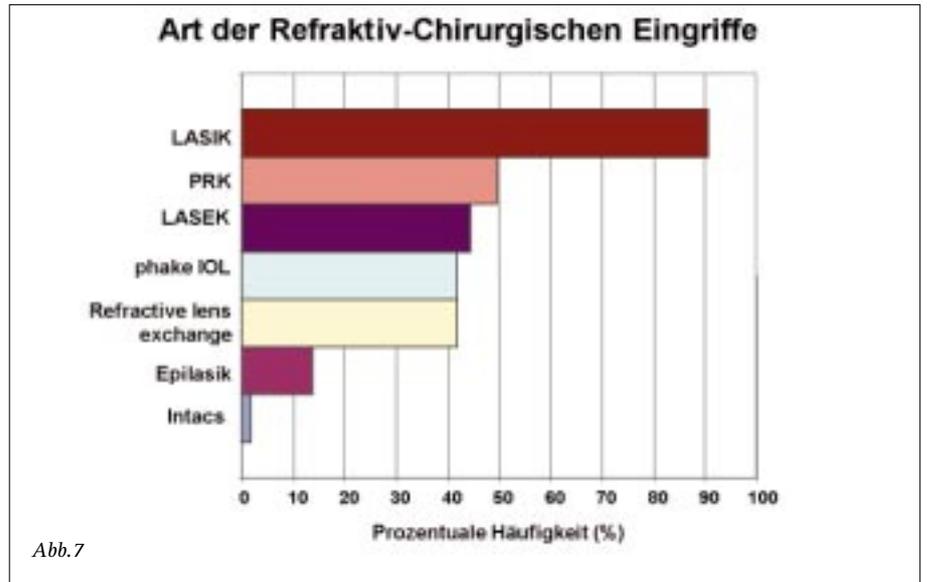
40 bis 50 Prozent der Refraktivchirurgen haben Erfahrung mit phaken IOL

Phake IOL werden im Durchschnitt $4 \pm 3,8$ mal pro Monat und pro Chirurg implantiert (Bereich 0-10). Ähnliches gilt für die Clear-lens-extraction, auch refraktiver Linsenaustausch genannt ($5,2 \pm 5,6$ Bereich 0-20 pro Monat). Insgesamt gibt es nur wenig Zentren, die mehr als zehn linsen chirurgische refraktive Eingriffe pro Monat durchführen (Abbildungen 10 und 11).

Weitere Details werden bei der Endauswertung dargestellt. ○

Arbeitsgruppe Umfrage DGII/ESCRS Refraktive Chirurgie:

G.Auffarth, M.Holzer, J.Schweipert, M. Leuchtenberger, A.Reuland, D. Epstein



18. DGII-Kongress in Magdeburg vom 18. bis 19.02.2005

Wissenschaftliches Programm mit Altbewährtem und Neuerungen

Die diesjährige Jahrestagung richtet Prof. Dr. med. W. Behrens-Baumann in Magdeburg aus. Dazu sind mehr als 150 wissenschaftliche Beiträge angemeldet worden. Der überwiegende Teil stammt von Teilnehmern aus Deutschland, Österreich und der Schweiz, aber auch Referenten aus Japan, USA, Russland, Großbritannien, Niederlande sowie Griechenland und Ungarn konnten gewonnen werden. Eine Reise nach Magdeburg wird sich auch anlässlich der 1200 Jahre des Bestehens der Stadt sicher lohnen.

Einige Highlights der Tagung sollte man jedenfalls nicht versäumen: Der Ehrenvortrag von O. Nishi aus Osaka (Japan) über „Nachstarprävention und Wiederherstellung der Akkommodation. Eine neue Lens Refilling Prozedur“ - ein Thema, mit dem sich der Deutsch sprechende Nishi seit Jahren beschäftigt hat.

Besonders interessant verspricht ein Symposium „Die Wiederherstellung der Akkommodation – junge Linsen für alte Augen?“ zu werden. Aber auch andere aktuelle Themen wie Blaulichtfilter-IOL, neue Multifokal-IOL und neue Techniken (MICS u. a.) werden behandelt werden – sowie Besonderheiten der Kataraktchirurgie bei Uveitis, bei Kindern und bei der Keratoplastik.

Interessant wird sicher auch ein Rundtischgespräch mit Video zum Komplikationsmanagement bei intraokularer Chirurgie. Hinsichtlich Refraktiver Chirurgie werden Beiträge Pro/Contra Wellenfront, zu refraktivem Linsenaustausch sowie „phake“ IOL erwartet.

Zu den bewährten Kursen, die überlapend bereits am 17.02. beginnen, ist neu der Kurs „Klinische Erfahrungen mit innovati-

ven Produkten“ hinzugekommen. Neu sind auch je eine Extrasitzung mit Video- sowie Poster-Beiträgen. Aus jeder der 16 wissenschaftlichen Sitzungen (Vorträge, Video, Poster) soll erstmals der jeweils beste Beitrag am Ende der Tagung prämiert werden!

Am Samstag findet unter Leitung von Frau Gladisch (Dortmund) traditionell von 8 bis 16.30 Uhr das Programm für Pflegepersonal mit aktuellen Themen aus der täglichen Arbeit statt. Außerdem wird es erstmals eine gemeinsame Sitzung mit dem Bundesverband Augendiagnostik-Centren (BADC) statt. Auch ist die Industrie aufgerufen, ihre innovativen Produkte in einer Extrasitzung („3 minutes for your products“) zu präsentieren.

Beim Rahmenprogramm werden unterschiedliche Interessen und Geschmäcker an-



Kloster Unser Lieben Frauen

gesprachen: am Begrüßungsabend die „Börde Brothers“, am Freitag Stadtrundfahrt (sehr empfehlenswert!), Spezialrundfahrt Technik (Wasserstraßenkreuz mit Europas längster Kanalbrücke – 918 m!) und Gesellschaftsabend im Jugendstilsaal mit Chanson- und



Prof. Dr. W. Behrens-Baumann

Kabarett-Programm sowie Samstag Kunstmuseum im romanischen Kloster Unser Lieben Frauen. Auch eine Führung im noch im Bau befindlichen Hundertwasserhaus lässt sich arrangieren.

Insgesamt ist eine interessante und eindrucksvolle DGII-Tagung in Magdeburg zu erwarten – der Stadt, die in diesem Jahr ihr 1200-jähriges Bestehen feiert! ○

Prof. Dr. W. Behrens-Baumann

Tagungspräsident

Prof. Dr. D.T. Pham

Präsident der DGII



Eingangsbereich der Augenklinik Magdeburg

Impressum

DGII

DGII Newsletter

Erscheinungsweise: 2 x jährlich

Herausgeber:

Deutschsprachige Gesellschaft für
Intraokularlinsen-Implantation und
Refraktive Chirurgie

Sekretariat:

Congress Organisation Gerling
Postfach 290 333, D - 40530 Düsseldorf
Tel.: + 49 (0) 211 59-22 44 Fax: -35 60
E-Mail: DGII@congresse.de

Redaktion:

Britta Achenbach (ac@biermann.net)

Grafik und Layout:

Heike Dargel

Verlag:

Biermann Verlag GmbH
Otto-Hahn-Str. 7, D 50997 Köln
www.biermann.net

Der Bezugspreis ist im Mitgliedsbeitrag der DGII enthalten.