

## Prof. Kohnen lädt ein zum Jubiläums-Kongress in Heidelberg

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege, sehr geehrte Damen und Herren,

im Namen des Vorstandes der DGII freue ich mich, Sie zum 20. Kongress der Deutschsprachigen Gesellschaft für Intraokularlinsen-Implantation und Refraktive Chirurgie nach Heidelberg einzuladen.

Wir feiern mit diesem Kongress ein Jubiläum und sind besonders glücklich, als wissenschaftliche Gesellschaft an dem Gründungsort der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft tagen zu können.

In diesem Jahr ist die Refraktive Chirurgie sowohl im Vorstand als auch im Programm verstärkt worden und so freuen wir uns, neben aktuellen Aspekten der modernen Kataraktchirurgie auch die moderne refraktive Chirurgie in den Vordergrund der Tagung stellen zu können. Nicht nur die Weiterentwicklung der Korrektur von Refraktionsfehlern, sondern auch die sich rasant entwickelnde refraktive Kataraktchirurgie (Korrektur von Myopie, Hy-

peropie, Astigmatismus) und den Ausgleich der Presbyopie durch neue Kunstlinsen-Implantate, sollen von dieser Entwicklung profitieren.

Wie in jedem Jahr findet das Gros der Vorträge in Deutsch statt – wie der Name unserer Gesellschaft schon sagt – jedoch haben wir uns auch durch einige ausländische Gäste bereichert, und so finden mit Hilfe von amerikanischen, europäischen und asiatischen Kollegen zwei Hauptsitzungen zur internationalen Katarakt- und internationalen Refraktiven Chirurgie statt. Treue und neu dazugewonnene Referenten sowie Teilnehmer aus dem deutschsprachigen und internationalen Raum werden somit gemeinsam für eine wissenschaftlich hochkarätige Tagung und eine sehr lebhaft sowie sachlich geführte Diskussion auf dem Gebiet der modernen Vorderabschnittschirurgie sorgen.



Prof. Dr. Thomas Kohnen

Besonders begrüße ich auch die Industrie und bin sehr dankbar, dass uns unsere zuliefernden Firmen weiterhin für den wissenschaftlichen Austausch in unserem Fachgebiet unterstützend zur Seite stehen. Ein Wettstreit der Industrie wird wieder das Programm bereichern und hoffentlich für viele fruchtbare Diskussionen sorgen.

Auf ein erneutes Wiedersehen in Heidelberg freue ich mich und wünsche der Tagung schon im Voraus ein gutes Gelingen!

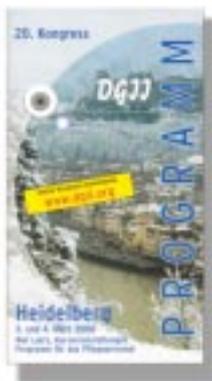
Ihr  
Thomas Kohnen

Die Eröffnungssitzung findet am Freitag, den 3. März 2006, von 10.30 bis 12 Uhr im „Großen Hörsaal“ statt.

### Vorschau auf die 20. DGII-Tagung

### Hauptthemen und Highlights im Kongressprogramm

- Kataraktchirurgie
- Phakotechnologien und MICS
- Refraktive Chirurgie
- Hornhaut
- IOL-Materialien
- Nachstar
- Blaulichtfilter-IOL
- Pseudoakkommodation und Multifokale IOL
- Asphärische IOL
- Biometrie und IOL-Kalkulation



- International Refractive Surgery am Samstag, dem 4. März 2006 von 13.15 bis 15.15 Uhr (Großer Hörsaal)

- Besonders hingewiesen sei auch auf den von Prof. Dr. Duy-Thoi Pham geleiteten, neu eingeführten Phako-Kurs (Kurs 3): Hier können Teilnehmer ihr Vorgehen in der Kataraktchirurgie bei Routine-Phakos oder speziellen Fällen perfektionieren. Ausgewiesene Phako-Operateure – Dr. Hans-Peter

#### Highlights:

Sitzungen mit namhaften Experten aus dem In- und Ausland:

- International Cataract Surgery am Freitag, dem 3. März 2006 von 13.00 bis 14.45 Uhr (Großer Hörsaal)

Brauweiler (Bonn), Prof. Dr. Jochen Kammann (Dortmund), Prof. Dr. Thomas Kohnen (Frankfurt a.M.) und Prof. Dr. Rupert Menapace (Wien) – verraten Tipps und Tricks.

Der Kurs findet am Donnerstag, den 2. März 2006 von 14 bis 16 Uhr statt. ○

### Kommende

### DGII-Tagungen

21. Kongress der DGII 2007  
**29.-31. März 2007**

Potsdam

Tagungspräsident:

Prof. Dr. Manfred R. Tetz (Berlin)

22. Kongress der DGII 2008

[Termin noch nicht festgelegt](#)

Heidelberg

Tagungspräsident:

Prof. Dr. Gerd U. Auffarth (Heidelberg)

23. Kongress der DGII 2009

[Termin noch nicht festgelegt](#)

München

Tagungspräsident:

Prof. Dr. Dr. Ekkehard Fabian (Rosenheim)

## Vorstand der DGII



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

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

*Prof. Dr. Gerd U. Auffarth*  
(Heidelberg),  
Sekretär

*Prof. Dr. Dr. Ekkehard Fabian*  
(Rosenheim)

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

*Prof. Dr. Thomas Kohnen*  
(Frankfurt a. M.)

*Priv.-Doz Dr. Isaac Schipper*  
(Luzern)

*Dr. Klaus Miller*  
(Innsbruck)

## Mitgliedschaft in der DGII

### Aktuelle Informationen zur Mitgliedschaft in der DGII

Die DGII wurde 1987 in Gießen gegründet. Seitdem ist die Mitgliederanzahl konstant auf 700 bis 800 Mitglieder 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 in kurzer, prägnanter Weise in 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 sind für alle DGII-Mitglieder die Teilnahmegebühren für den jährlichen Kongress reduziert, und sie können die Webpage nutzen ([www.dgii.org](http://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](http://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](http://www.dgii.org)) heruntergeladen und per Fax an das Sekretariat gesendet werden. ○

*Prof. Dr. G.U. Auffarth, Heidelberg*  
Sekretär der DGII

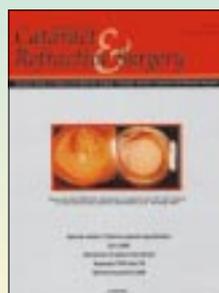
## Die Publikationen der DGII und der ESCRS

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](http://www.dgii.org)



[www.es CRS.org](http://www.es CRS.org)

## Die Neugestaltung der DGII-Homepage Informationen in neuem, moderneren Layout



Die neugestaltete Homepage der DGII

Rechtzeitig vor der diesjährigen Jahrestagung wurde die Homepage der DGII neu gestaltet und kann somit bereits für die Anmeldung zur Tagung genutzt werden ([www.dgii.org](http://www.dgii.org)).

Das modernere Layout wurde dem von der DGII herausgegebenen Tagungsband angeglichen, die Struktur für eine bessere und schnelle Übersicht überarbeitet und die Funktionalität sowie der Inhalt erweitert.

Unter dem Menüpunkt „Über die DGII“ können Informationen über die Ziele und Satzung, den Vorstand und die Ehrenmitglieder sowie zur Mitgliedschaft in der DGII, inklusive Download eines Mitgliedsantrages, abgerufen werden. Der Menüpunkt „Tagungen“ enthält Angaben zur aktuellen Jahrestagung, aber auch die Ankündigung zu den zukünftigen beziehungsweise ein Archiv zu den bereits abgehaltenen Jahrestagungen. Eine Online-Recherche in den Abstracts der Jahrestagungen ab 1996, die Auflistung der Jahresbände (ab 2001 auch mit Anzeige des Inhaltsverzeichnisses) können unter dem Menüpunkt „Publikationen“ erfolgen.



Dr. Jörn Kuchenbecker

Wer sich für die aktuelle DGII-Umfrage beziehungsweise die Ergebnisse der Umfrage vergangener Jahre interessiert, findet diese Informationen unter „DGII Umfragen“. Der allen Nutzern zugängliche Bereich „Für Mitglieder“ ist in „Empfehlungen“, „DGII Aktuell“ und „Themenverwandte Publikationen und Websites“ unterteilt und bietet unter anderem die Möglichkeit, die „Leitlinie zur Prophylaxe und Therapie von Endophthalmitiden“ beziehungsweise den seit September 2004 erscheinenden „DGII-Newsletter“ (DGII Aktuell) abzurufen. Auch Patienten finden Informationen zur Katarakt, zum Glaukom und zur Refraktiven Chirurgie unter dem entsprechenden Menüpunkt. Eine schnelle Suche in allen DGII-Webseiten ermöglicht das Suchfeld ganz rechts in der Menüleiste.

Insgesamt ist die Neugestaltung der Webseiten sehr gut gelungen und wird sicherlich von den Mitgliedern und Nicht-Mitgliedern positiv aufgenommen werden. ○

Dr. Jörn Kuchenbecker  
Augenklinik des Klinikums Berlin-Buch

## Allgemeine Informationen zur Tagung

- **Kongressleitung:**  
Prof. Dr. Thomas Kohnen, Universitäts-Augenklinik, Theodor-Stern-Kai 7, D-60590 Frankfurt a.M.  
tel.: +49(0)69-6301-3945m fax: -3893  
e-mail: S.Hoehler@med.uni-frankfurt.de
- **Organisation:**  
Congress-Organisation Gerling  
Postfach 29 03 33, D-40530 Düsseldorf  
tel.: +49(0)211-592244, fax: -593560  
e-mail: info@congresse.de
- **Tagungszeitraum:**  
Freitag, 3. bis Samstag, 4. März 2006, jeweils 8.30 bis 17 Uhr
- **Kurse+ Wet-Lab's:**  
Donnerstag, 2. März 2006, 9:30 bis 19:30 Uhr
- **DGII-Tagungsort:**  
Hörsaalgebäude der Chemischen Institute, Im Neuenheimer Feld 252
- **Wet-Lab's & Kurse überwiegend:**  
Universitäts-Augenklinik (Kopfklินิกum), Im Neuenheimer Feld 400
- **Kurse:**
  - Ultraschall (Abschlusskurs)
  - Biometrie und IOL-Berechnung
  - Phakoemulsifikation (Basis- und Aufbaukurs)
  - KRC - Refraktive Chirurgie (Basiskurs & Wet-Lab; Aufbaukurs)
- **Wet-Lab's:**
  - Phakoemulsifikation (Basis- und Aufbaukurs)
- **Prämierungen**
  - für das beste Video
  - für die besten Vorträge
- **Programm für das Pflegepersonal:**  
Samstag, 4. März 2006, 9 bis 16:15 Uhr
- **Industrieausstellung:**  
Freitag, 3. März 2006, 8 bis 18 Uhr;  
Samstag, 4. März, 8 bis 16.30 Uhr  
(Die Uhrzeiten können sich noch ändern)
- **DGII-Homepage, Anmeldung im Internet:**  
[www.dgii.org](http://www.dgii.org)
- **unter anderem im Rahmenprogramm:**  
Donnerstag, 2. März 2006:  
Begrüßungsabend in den historischen Gebäuden der alten Heidelberger Schlossquellbrauerei (jetzt NH Hotel Heidelberg)  
Freitag, 3. März 2006:  
Gesellschaftsabend im Palais Prinz Carl

## Abrechnung torischer IOL kaum mehr über GKV

In Bayern sind seit dem 1. Januar torische Intraokularlinsen (IOL) nicht mehr über die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) abzurechnen.

Torische IOL sind damit ab sofort aus der Kostenerstattung herausgenommen und müssen von GKV-Patienten, die diese IOL wünschen, selbst bezahlt werden. Dies bestätigte Prof. Dr. Thomas Neuhann, Leiter des BVA-Ressorts Ophthalmochirurgie und Vorsitzender der DOG-BVA-Kommission Refraktive Chirurgie. Bis zum 31. Dezember 2005 bestellte beziehungsweise gelieferte torische IOL könnten jedoch noch zu Lasten der GKV implantiert werden.

Die Implantation selbst, so Neuhann, bleibe weiter Kassenleistung. Somit gebe es eine Trennung zwischen der ärztlichen Leistung einerseits und der Sachleistung „torische IOL“ andererseits. Die gesetzlichen Kassen Bayerns folgten mit diesem Schritt der Logik, dass torische IOL – ähnlich wie Brillen oder Kontaktlinsen – refraktive Hilfsmittel seien, die nicht erstattet werden könnten.

Von ambulanten Operateuren unbedingt zu beachten sei, dass sie die Kosten der erstattungsfähigen Standard-IOL (zirka 150-170 Euro) nicht der gesetzlichen Kasse berechnen und nur die Differenz zum deutlich höheren Preis einer torischen IOL (bis zu 2000 Euro) vom Patienten erheben dürften, erläuterte Neuhann. Dies wäre eine unzulässige Zuzahlung, die den Vertragsarzt in Konflikt mit einem entsprechenden Urteil des Bundessozialgerichtes brächte.

Patienten, die eine torische IOL wünschten, verlören damit den Anspruch auf die Kassenleistung für die Standard-IOL, unterstrich Neuhann, auch dann, wenn eine solche Sonderlinse aufgrund einer eindeutigen medizinischen Indikation – etwa nach einer Keratoplastik oder bei Kataraktpatienten mit ausgeprägten Hornhautastigmatismen – erforderlich sei. Weiterhin erstattungsfähig blieben in einigen wenigen Ausnahmefällen Speziallinsen wie zum Beispiel Heparin-beschichtete IOL.

Mit der Entscheidung der gesetzlichen Kassen Bayerns ist nach letztem Kenntnisstand Baden-Württemberg nunmehr der einzige KV-Bezirk, in dem zumindest noch eine große Kasse gegen Rechnungsnachweis Sonderlinsen erstattet. ○

## Neuigkeiten aus der Industrieausstellung

### Wettstreit: Produktvorstellungen im Drei-Minuten-Takt

Auch auf dem 20. Kongress der DGII 2006 in Heidelberg wird wieder ein friedlicher Wettstreit – „3 Minutes for your Product“ – der Industrievertreter und Unternehmen stattfinden.

In dieser 90-minütigen Sitzung kann ein selbst bestimmter Repräsentant der jeweiligen Firma ein innovatives Produkt – möglichst eine Neuerscheinung der vergangenen zwölf Monate – vorstellen. Die Präsentationszeit ist dabei auf exakt drei Minuten begrenzt, wobei reine Videopräsentationen nicht mehr akzeptiert werden. Die Einladungen für diesen industriellen Wettstreit wurden an insgesamt 153 Firmen versandt. Die eingereichten Abstracts beziehen sich hauptsächlich auf neue IOL-Technologien und neue Diagnostikgeräte für die Refraktive Chirurgie.



Abb. 1: Kombinierte Topographie und Aberrometrie

Auf dem Gebiet der bimanuellen Phakoemulsifikation zum Beispiel stellt die Firma A.R.C.Laser GmbH einen neuen Sleeve vor, der die Inzision am Epithel der Cornea abdichtet und dadurch eine dichte Parazentese unabhängig von der Schnittlänge gewährleistet.

Das Unternehmen W20 Medizintechnik AG wird eine neue Hinterkammerlinse aus eigener Planung präsentieren, die durch spezielle Wahl des Materials und die Geometrie des Implantates Inzisionen von 1,7 mm möglich macht und in Kombination mit sowohl Mehrfach- als auch Einmalinjektorsystemen für die bimanuelle Operationstechnik geeignet ist.

Zum Thema aberrationskorrigierte IOL wird ein Vertreter der Firma Bausch&Lomb eine Intraokularlinse vorstellen, die durch eine asphärische Oberfläche auf der Vorder- und Rückseite nicht nur aberrationskorrigiert ist, sondern auch aberrationskorrigierend wirken soll.

Des Weiteren darf man auf die Präsentation von Innovationen aus dem Bereich der hochauflösenden Diagnostik gespannt sein.

Mit dem Visante™ OCT der Carl Zeiss Meditec AG ist eine detaillierte Darstellung des vorderen Augenabschnittes möglich. Durch die hochauflösten Schnittbilder kann zum Beispiel post-LASIK die Flapdicke sicher bestimmt werden.



Dipl.-Ing. Matthias Müller

Das neue Tracey I-Trace System (Abb. 1) des Unternehmens TriLas kombiniert erstmals ein Ray Tracing Aberrometer mit einem Topographiegerät. Damit sind neben einer Multizonen-Autorefraktion auch eine Pupillometrie und eine dynamische Akkomodationsmessung für

Presbyopiepatienten oder Anwender akkomodierender IOLs möglich.

Der non-contact Spaltlampenzusatz SpaZ (Abb. 2) der Rhine-Tec GmbH verwandelt jede Spaltlampe in ein vollwertiges Endothel-Spiegelmikroskop. Die im Vergleich zum Stand-Alone-Spiegelmikroskop (SeaEagle) deutlich kostengünstigere Methode erlaubt das schnelle Auffinden und



Abb. 2: Endothelzellanalyse an der Spaltlampe

Vermessen von Endothelzellen unter Verwendung des praxiseigenen PCs.

Die Moderatoren Prof. M. Tetz aus Berlin und Prof. R. Koch aus Bonn freuen sich auf Ihr Kommen zu dieser interessanten, informativen und kurzweiligen Veranstaltung. Eine Liste der Vortragenden liegt zur Tagung bei der Kongressorganisation Gerling aus. ○

Dipl.-Ing. Matthias Müller, Augentagesklinik Spreebogen, Berlin

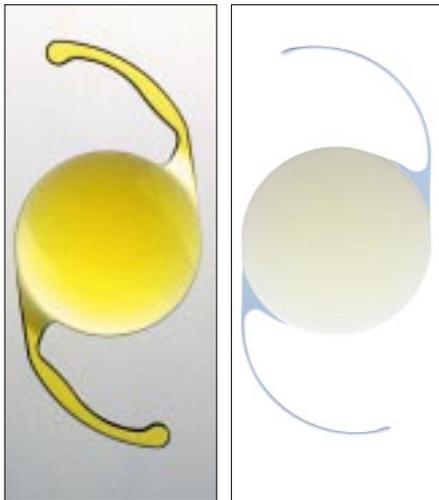
Diese Sitzung findet am Freitag, den 3. März 2006, von 15.15 bis 17 Uhr im „Großen Hörsaal“ statt.

## Die Blaulichtfilter-IOL aus der Sicht des Retinologen Überzeugende Ergebnisse in vitro

Über den derzeitigen Stand der Erkenntnisse und die Zukunft der Blaulichtfilter-IOL sprach DGII Aktuell mit Prof. Dr. Peter Wiedemann, Direktor der Klinik und Poliklinik für Augenheilkunde des Universitätsklinikums Leipzig.

**DGII Aktuell:** Unter Kataraktchirurgen finden Blaulichtfilterlinsen zunehmend Verbreitung. Verwenden Sie als Retinologe ebenfalls Blaulichtfilterlinsen im Rahmen von Katarakt- beziehungsweise kombinierten Katarakt- und Netzhautoperationen?

**Wiedemann:** Wir verwenden Blaulichtfilterlinsen an der Leipziger Augenklinik durchaus regelmäßig und vorzugsweise bei Patienten mit Anzeichen der AMD. Es geht nicht darum, eine optische Perfektion zu erzielen, sondern dem Patienten möglichst lange eine hohe Sehleistung zu erhalten.



IOL mit Blaulichtfilter liegen im Trend.

**DGII Aktuell:** Als möglicher Vorteil der Blaulichtfilterlinsen wird ein protektiver Effekt für die Netzhaut angeführt. Rechtfertigen die Forschungsergebnisse der In-vitro-Untersuchungen eine breite klinische Anwendung der Blaulichtfilterlinsen und sollte der Blaulichtfilter in jedem Fall in das Auge implantiert werden?

**Wiedemann:** Es sollte klar festgehalten werden, dass im klinischen Einsatz der Vorteil der Blaulichtfilterlinsen bisher nicht nachgewiesen ist. Ganz sicher ist aber auch kein wesentlicher Nachteil nachgewiesen und daher sind für mich die In-vitro-Experimente überzeugend, dass die Blaulichtex-

position im höheren Lebensalter reduziert werden müsste. Ideal ist eine gelb getönte Sonnenbrille. Allerdings: Wer möchte dauernd mit einer solchen Brille herumlaufen? Daher ist die gelbe Intraokularlinse ein guter Kompromiss, der nicht daran hindert, noch zusätzlich eine Sonnenbrille zu tragen.



Prof. Dr. Peter Wiedemann (Leipzig)

Beeinträchtigung und/oder des skotopischen Sehens feststellen können?

**Wiedemann:** Man kann sicherlich unter experimentellen Bedingungen Änderungen des Farbsehens und des skotopischen Sehens nachweisen. Es werden Lichtwellenlängen herausgefiltert. Andererseits muss man eben wissen, dass diese auch von der natürlich gealterten menschlichen Linse gefiltert werden, dass die Patienten in jedem Fall besser sehen als mit ihrer Katarakt (wenn eine Katarakt Ursache der Visusverschlechterung war!) und dass ich noch keinen einzigen Patienten gehabt habe, der den Seheindruck ungünstig empfunden hat – vielmehr wenn es Patienten gab, die zwei verschiedenen Linsen bekommen hatten, haben sie den empfundenen Farbton des Auges mit der Blaufilterlinse vorgezogen.

**DGII Aktuell:** Wie beurteilen Sie die Zukunft von Blaulichtfilterlinsen?

**Wiedemann:** Ich denke, dass sich Blaulichtfilterlinsen in Zukunft als Standardlinse für Patienten über 50 Jahre durchsetzen werden.

**DGII Aktuell:** Wir danken Ihnen für das interessante Gespräch! ○

Das Gespräch mit Prof. Dr. Peter Wiedemann führte Dr. Jörn Kuchenbecker (Berlin-Buch)

Die Sitzung zu „Blaulichtfilter-IOL“ findet am Freitag, den 3. März 2006 von 14.45 bis 16.30 Uhr im „Hörsaal Ost“ statt.

## Studie zu multifokalen IOL

Einer brasilianischen Studie zufolge lässt eine Wellenfrontanalyse bei pseudophaken Patienten vor IOL-Implantation einen Rückschluss auf den postoperativen Visus zu.

Die Arbeitsgruppe um Rocha untersuchte 105 Augen, in die vier verschiedene Linsentypen implantiert worden waren: Alcon ReSTOR (50 Augen), Alcon Acrysof MA30AC (20 Augen), Alcon Acrysof SA60AT (20 Augen) und Mediphacos Acqua IOL (15 Augen). Bei allen Augen wurde Emmetropie angestrebt. Zwei Monate nach der Implantation der IOL führte die Arbeitsgruppe eine vollständige augenärztliche Untersuchung der Patienten durch, einschließlich Bestimmung des unkorrigierten Visus, des brillenkorrigierten Visus, der Kontrastempfindlichkeit sowie eine Wellenfrontanalyse.

Alle Augen aller vier Gruppen erreichten einen postoperativen brillenkorrigierten Visus von 0,6 oder mehr. Der Mittelwert der Gesamt-Aberration lag im Durchschnitt für die ReSTOR bei  $0,72 \pm 0,25 \mu\text{m}$ , bei  $0,94 \pm 0,26 \mu\text{m}$  für die MA30, bei  $0,43 \pm 0,13 \mu\text{m}$  für die SA60 und bei  $0,85 \pm 0,50 \mu\text{m}$  für die Acqua. Für die ReSTOR ergab sich im Vergleich zu den monofokalen IOL eine statistisch signifikant geringere Induktion sphärischer Aberrationen ( $p < 0,05$ ). Für die Kontrastempfindlichkeit galten im Mittel Werte von  $1,64 \pm 0,08$  (ReSTOR),  $1,72 \pm 0,08$  (MA30),  $1,70 \pm 0,07$  (SA60), and  $1,65 \pm 0,11$  (Acqua).

Die Arbeitsgruppe fasst zusammen, dass die verschiedenen IOL-Typen in ihrer Studie postoperativ messbar unterschiedliche Muster von Aberrationen höherer Ordnung ergaben. Die multifokale apodisierte diffraktive IOL (ReSTOR) induziert ihren Ergebnissen zufolge signifikant weniger sphärische Aberrationen als die monofokalen IOL. Die Kontrastempfindlichkeit war bei der MA30 und der SA60 besser als bei der ReSTOR. ○

Studie: *Postoperative Wavefront Analysis and Contrast Sensitivity of a Multifocal Apodized Diffractive IOL (ReSTOR) and three Monofocal IOLS*

Quelle: *Journal of Refractive Surgery* 2005;21(6):S808-12

Die Sitzung „Multifokale IOL“ findet am Samstag, den 4. März 2006 von 15.40 bis 17.50 Uhr im „Großen Hörsaal“ statt.

## Epidemiologische Betrachtungen zum Komplikationsspektrum von im Ausland durchgeführten refraktiv-chirurgischen OPs Fehlen engmaschiger augenärztlicher Kontrolle in früher postoperativer Phase problematisch

In einer retrospektiven Studie haben wir das Komplikationsspektrum von 16 Patienten, die im Ausland refraktiv-chirurgisch behandelt und wegen eingetretener Komplikationen in unserer Klinik zwischen 1998 und 2003 vorstellig wurden, analysiert. Die Patienten waren in folgenden Ländern primär behandelt worden: China (1x), Griechenland (1x), Iran (1x), Russland (1x), Schweiz (2x), Slowakei (1x), Spanien (2x), Südafrika (3x), Türkei (3x) und USA (1x).

Es fanden sich folgende Komplikationen:

- 1) großflächige Epitheleinwachsung mit schwerer Flapeinschmelzung nach myoper LASIK (Abb. 1)
- 2) iatrogene Keratektasie nach LASIK bei mittlerer Myopie (ca. -6 D) mit tiefem Schnitt und Laserung sowohl im stromalen Bett als auch auf dem Flap-Stroma

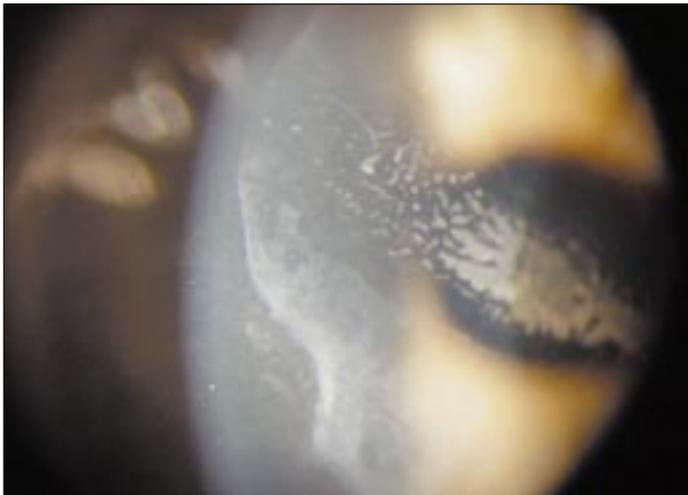


Abb. 1. Einschmelzung des Lentikels nach Epitheleinwachsung



Abb. 2. Dislokation des Lentikels

- 3) iatrogene Keratektasie nach LASEK bei Myopia magna und Korrektur für ca. -15 Dioptrien
- 4+5+6+7) Epitheleinwachsung im Interface nach LASIK (4 Fälle)
- 8) button-hole-Schnitt bei LASIK ohne Laserablation
- 9) komplette Dislokation eines LASIK-Flaps mit nasalem Hinge nach nasal-inferior (Abb. 2)
- 10) bakterielle Infektion bei myoper LASIK mit rezidivierendem Infiltrat ohne erfolgreichen Keimnachweis
- 11) Überkorrektur von knapp 7 Dioptrien nach myoper LASIK
- 12+13) DLK IV° (2 Fälle)
- 14) 4/5 Flap mit nasalem Hinge und erfolgter Laserung bei Myopie (ca. -8 D) mit nachfolgender Überkorrektur von +2 D



Dr. Evdokia Terzi

- 15) Vorliegen zweier Flaps mit nasalem Hinge, ein oberflächlicher, sehr kleiner und ein tieferer, kompletter Flap, in dessen Interface die Laserung erfolgt ist
- 16) Sekundärglaukom (IOD bis 38 mmHg) nach Implantation einer KW-gestützten pIOL bei Myopia magna mit pIOL-Position im vorderen VK-Drittel.

In den verschiedenen Fällen wurde wie folgt vorgegangen:

- 1) 3x Flap-Lift mit Epithelentfernung, Nahtfixation des Flaps und schlussendlich Fibrinklebung
- 2) keine OP, Anpassung formstabiler KL
- 3) keine OP, abwartende Haltung
- 4+5+6) Flap-Lift und Epithelentfernung;
- 7) 2x Flap-Lift und Epithelentfernung, beim zwei-

ten Mal mit Fibrinklebung, danach erneut Epithel im Interface, derzeit Beobachtung und gegebenenfalls erneut Relift und Epithelentfernung

- 8) vier Monate post Schnittkomplikation erneuter, tieferer LASIK-Schnitt mit Laserablation
- 9) Flap-Repositionierung und Fixation mit Einzelknopfnähten
- 10) lokale antibiotische, antivirale und antimykotische Therapie in der Frühphase, später Steroide topisch

- 11) abwartende Haltung, weitere Behandlung durch Operateur
- 12+13) intensive lokale Steroid-Therapie
- 14) topographie-gesteuerte LASIK-Nachbehandlung
- 15) bei gutem Visus keine Behandlung
- 16) bei guter Endothelzellzahl zunächst regelmäßige Kontrollen und topische drucksenkende Therapie.

Einige der hier beschriebenen Komplikationen - wie zum Beispiel Schnittkomplikationen, Epitheleinwachsung - haben wir auch in unserem Patientengut gesehen und entsprechende Behandlungsmaßnahmen eingeleitet. Andere Komplikationen hingegen, wie z.B. DLK IV°, Flap-Einschmelzung nach ausgedehnter Epitheleinwachsung, wären unseres Erachtens vermeidbar gewesen, hätten die behandelnden Operateure in einem frühen Stadium darauf reagiert. In anderen Fällen wiederum ist die Indikationsstellung problematisch, z.B. LASEK für eine Myopie von ca. -15 Dioptrien, oder das Komplikationsmanagement inadäquat, z.B. Laser-Ablation trotz Schnittfehlern bei LASIK.

Bei Patienten, die sich im Ausland refraktiv-chirurgischen Eingriffen unterziehen und in den ersten postoperativen Tagen nach Deutschland zurückkehren, sehen wir das große Problem, dass die frühpostoperativen Kontrolluntersuchungen nicht gewährleistet sind. Die engmaschigen augenärztlichen Kontrollen in der frühen postoperativen Phase sind jedoch von vitaler Bedeutung für den weiteren Verlauf und Erfolg des operativen Eingriffs, da ansonsten Komplikationen nicht rechtzeitig erkannt und behandelt werden können. ○

Dr. Evdokia Terzi, Prof. Dr. Thomas Kohnen  
Universitäts-Augenklinik, Frankfurt a.M.

Die Sitzung „Refraktive Chirurgie“ findet am Samstag, dem 4. März 2006 von 10.15 bis 12.20 Uhr im „Großen Hörsaal“ statt.

## Fibrinklebung in der modernen Refraktiven Chirurgie

### Einfache, sichere und effektive Behandlungsoption

Die Anwendung der Fibrinkleber hat seit den 1970er Jahren einen festen Stellenwert in der Medizin; klassische Indikationen findet man in der laparoskopischen und endoskopischen Chirurgie.



Dr. Dörte Schöpfer

Aus dem Jahr 1917 liegen erste Berichte einer Fibrinklebung in der Ophthalmologie vor. In den 1950er Jahren folgten verschiedene, weniger erfolgreiche Studien über Fibrinklebung an Bindehaut, Hornhaut und Sklera. Fibrinkleber wurden experimentell bei perforierenden Linsenverletzungen sowie Netzhaut- und Kataraktchirurgie eingesetzt. Trotz vielseitiger Anwendungsmöglichkeiten und zahlreicher Veröffentlichungen hat sich die Verwendung der Fibrinkleber jedoch nicht als Operationsstandard in der Augenheilkunde durchsetzen können.

Heutzutage wird ein Zweikomponentenkleber verwendet, der zum einen aus Kleberproteinlösung, einer Humanplasmaprotein-Fraktion - die Fibrinogen, Plasmafibronectin, Aprotinin und Faktor VIII beinhaltet - und zum anderen aus wässriger Thrombinlösung (humanes Thrombin) besteht. Der zugrunde liegende Mechanismus im Ablauf der Blutgerinnung besteht in der Umwandlung löslichen Fibrinogens in Fibrin, die durch das Enzym Thrombin veranlasst wird. Thrombin aktiviert zusätzlich den fibrin-stabilisierenden Faktor (Faktor XIII), der die Fibrinfäden vernetzt. Das für die Herstellung benötigte humane Plasma wird von streng überwachten Spendern aufgebracht. Proteinkonzentrat und Thrombin unterliegen weiterhin produktspezifischer Virusinaktivierung und die Infektionssicherheit wird anhand kontrollierter klinischer Studien nachgewiesen.

Die Dosierung des Zweikomponentenklebers richtet sich nach der Größe des Defektes (0,5 ml Tissucol kleben 5 cm<sup>2</sup>). Die Fibrinschicht sollte so dünn wie möglich sein, um eine kurze Resorptionszeit und damit verbunden eine rasche Heilung, sowie eine geringe Narbenbildung zu gewährleisten.

Um eine hohe innere Reißfestigkeit des Fibrinclots zu erhalten, ist die Annäherung an die physiologische Zusammensetzung erstrebenswert, die bei gleichen Volumenanteilen von Tissucol gewährleistet ist. Die Verfestigungsgeschwindigkeit des Gewebeklebers wird durch die Thrombinkonzentration beeinflusst, hochkonzentrierte Lösungen, wie in Tissucol DUO S werden für eine schnelle Festigung eingesetzt. Um einen homogenen Fibrinlot zu erreichen, ist ein gleichzeitiges Auftragen gleicher Volumina beider Komponenten wichtig. Die regelrechte Applikation gelingt durch ein Doppelspritzensystem. Es bildet sich zunächst ein weißlicher opaker Fibrinlot, die anschließende Dauer der Resorption entspricht der physiologischen Resorptionszeit.

Eingriffe zur Korrektur von Refraktionsfehlern an der Cornea und die Implantation phaker Intraokularlinsen als Korrekturverfahren in den Extreimbereichen der Refraktionsfehler sind heute weltweit fester Be-

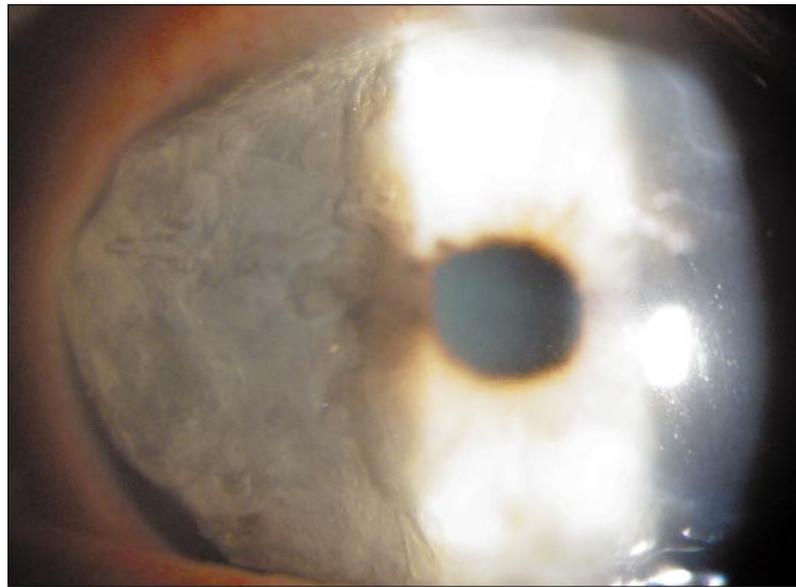


Abb 1: weißlicher Fibrinlot intra- und sublentikulär

standteil der Ophthalmochirurgie. Auch in diesem Bereich ist der Einsatz der Fibrinkleber hilfreich und sinnvoll, wie nachfolgende Beispiele aufzeigen.

Die Implantation irisgestützter phaker Vorderkammerlinsen (Verisyse™) über eine Skleratunnelinzision mit Nahtverschluss aufgrund hoher Myopie kann vor allem bei jüngeren Patienten nach regelrechtem frühpostoperativen Verlauf eine Visusreduktion mit signifikantem Druckabfall oder Aderhautmotio bei erhaltener Vorderkammer sowie regelrechtem Sitz der pIOL aufzeigen.

Ursächlich ist eine fehlende Wundadaptation. Bei persistierenden Adaptationsstörungen im Schnittbereich erweist sich eine Fibrinklebung des Skleratunnels als durchaus sinnvoll, um schwerwiegende Komplikationen frühzeitig zu verhindern und eine vollständige Visus- und Intraokulardruckrehabilitation zu erreichen.

Auch in der refraktiv lamellären Hornhautchirurgie bestehen Einsatzmöglichkeiten des Fibrinklebers. Zwar sind im Rahmen kornealer Eingriffe Epitheleinsprengungen in das Interface relativ selten beschriebene aber ernst zu nehmende Komplikationen, eine frühzeitige, effektive Therapie muss jedoch erfolgen, um schwerwiegende Folgen, wie beispielsweise Hornhauteinschmelzungen, Narbenbildungen, Ulcerationen oder Flapverlust zu verhindern. Können rezidivierende Epithelinvasionen nicht durch herkömmliche Epithelentfernung mit Flapanhebung und Spülung erfolgreich therapiert werden, besteht die Möglichkeit der Epithelentfer-

nung durch Alkoholapplikation, wobei die Gefahr einer Flap-Einschmelzung besteht, oder in einer Nahtlegung, die den Nachteil der Striabilidung und des irregulären Astigmatismus mit sich bringt. Hier zeigt der Einsatz von Fibrinkleber gute Ergebnisse, da er neben Gewebereinigung, Hämostase und Förderung der Wundheilung, durch vollständige Resorbierbarkeit, gute Verträglichkeit und das Fehlen induzierter Astigmatismen besticht.

Zur Therapie der rezidivierenden Epithel-einwachsung nach LASIK und bei persistierenden Adaptationsstörungen im Schnittbereich stellt der Einsatz von Fibrinkleber eine einfache, sichere und effektive Behandlungsoption dar. ○

Dr. Dörte Schöpfer, Prof. Dr. Thomas Kohnen  
Universitäts-Augenklinik, Frankfurt a.M.

Die Sitzung „Refraktive Chirurgie“ findet am Samstag, den 4. März 2006, von 10.15 bis 12.20 Uhr im „Großen Hörsaal“ statt.

## Der Bundesverband augenärztlicher Diagnostik Centren (BADC) stellt sich vor

Vom ersten ADC in München in 2002 bis zum derzeitigen Stand in 2006 (100 ADCs mit 1200 Augenärzten) hat es nur vier Jahre gedauert. ADCs sind ortsübergreifende Apparatgemeinschaften und setzen eine gemeinsam gegründete und betriebene GbR mit entsprechendem Vertragswerk voraus. Die ADCs werden in unterschiedlichen Anbieterversionen geführt: entweder als gemeinsam getragenes Investment und gemeinsam betriebenes Unternehmen oder als von einer Gemeinschaftspraxis oder Klinik betriebenes Unternehmen mit Beteiligung an den Kosten durch die Mitglieder der ADC-GbR. In jedem Fall betreuen die Mitglieder ihre eigenen Patienten und stellen ihnen eine GOÄ-Rechnung für die in Anspruch genommene Leistung. Neben der innovativen Diagnostik ist die elektronisch vernetzte Terminverwaltung und Befundübermittlung zwischen den Praxen ein wesentliches Charakteristikum der ADCs. Provider (Epitop-Medical, Integration, MS 2000) bieten die entsprechende Software und einen Zentralrechner an, um vom ADC die Verbindung zu den einzelnen Mitgliedern herzustellen. Eine überregionale Interessenvertretung der ADC-Mitglieder erfolgt im BADC ([www.BADC.de](http://www.BADC.de)). Hier sind die Geschäftsführer der einzelnen ADCs Mitglieder und versuchen zusammen mit dem Vorstand des BADC die Geschicke und den zukünftigen Betrieb der ADCs zu unterstützen.

Nachdem anfangs die Prophylaxe und frühe Diagnostik der Glaukomekrankung im Vordergrund stand, hat der BADC sich das nächste Hauptthema ausgewählt: Fundus-Imaging-Network (F.I.N.). Basierend auf

großen wissenschaftlichen Studien wurde ein komplexes System zusammen mit der Industrie (Epitop-Medical, Zeiss) entwickelt. Hier werden Netzhautbefunde (Makuladegeneration, Makulaödem, NH-Gefäß-Veränderungen bei Diabetes Mellitus und Bluthochdruck) fotografisch digital dokumentiert. Qualifizierte Reader (Augenärzte) werten die Befunde morphometrisch aus, und schicken sie digital den Augenärzten wieder zurück. Sie besprechen diese Befunde mit ihren Patienten.

Da der BADC als Verein gemeinnützig ist, musste eine GmbH, die German Eye Network gegründet werden. Sie wird vom Geschäftsführer Herrn Angerer und dem BADC Vorstand geführt. Dies ist für die Vermarktung von F.I.N. notwendig. Bereits in der seit September 2005 laufenden Anfangsphase sind acht Systeme in Deutschland installiert.

Weitere Schritte der ADCs sind nun die Integration der Netzhaut-Diagnostiken. Die darauf fundierende Therapie wird zunehmend invasiv. Dies begründet die Fortentwicklung der Vernetzung operativer Einheiten. Wenn auch nicht alle ADCs Operateure integriert haben, so wird dies auch durch die massiv auf die Ärzte zukommenden Neuerungen durch die geänderte Gesundheitspolitik erforderlich werden. Bei der Bildung lokaler Netzwerke können die ADCs wesentlich beitragen. Somit haben die ADCs mit ihrem BADC zukünftig nicht nur mit dem BVA sondern auch mit der DGII gemeinsame Interessen zu vertreten. ○

*Prof. Dr. Dr. Ekkehard Fabian, Augen-centrum MVZ Rosenheim*

## Wichtige Informationen zu Kursen und Wet-Labs

- ▶ Ultraschall (Abschlusskurs) am 2. März 2006 von 9.30 bis 18.30 Uhr unter der Leitung von Prof. Dr. S. Clemens
- ▶ Phakoemulsifikation (Basis- und Aufbaukurs) am 2. März 2006 von 11 bis 15.30 Uhr und 15 bis 19 Uhr unter der Leitung von Prof. Dr. G. U. Auffarth
- ▶ Kataraktchirurgie perfektionieren am 2. März 2006 von 14 bis 16 Uhr unter der Leitung von Prof. Dr. D. T. Pham

## Aufruf für Textbeiträge

Haben Sie einen interessanten Beitrag oder Mitteilungen für die nächste, zum DOG-Kongress im September erscheinende Ausgabe des „DGII Aktuell“?

- ▶ KRC-Refraktive Chirurgie (Basis-Kurs & Wet-Lab) am 2. März 2006 von 12.30 bis 17 Uhr unter der Leitung von Prof. Dr. G. I. W. Duncker
- ▶ KRC-Refraktive Chirurgie (Aufbau-Kurs) am 2. März 2006 von 16 bis 19 Uhr unter der Leitung von Prof. Dr. T. Kohnen
- ▶ Biometrie und IOL-Berechnung am 3. März 2006 von 11 bis 13 Uhr unter der Leitung von PD Dr. W. Haigis

Bitte senden Sie Textvorschläge an:  
Dr. Christopher Wirbelauer  
Vivantes Klinikum Neukölln, Berlin  
e-mail: [christopher.wirbelauer@vivantes.de](mailto:christopher.wirbelauer@vivantes.de)

## Heidelberger Kultur-Tipps

**Don Giovanni**

**Freitag, 3. März 2006, 19 Uhr**

Auch Heidelberg kommt im Jahr des 250. Geburtstages des Musik-Genies nicht an



Wolfgang Amadeus Mozart vorbei: Die Städtische Bühne präsentiert dieses von Kennern als Oper aller Opern bezeichnete Werk. Untertitel: „Der bestrafte Bösewicht“.

Städtische Bühne,  
Theaterstr. 4

tel.: +49(0)6221-  
5820000

## Deutsches Apotheken-Museum

1937 in München gegründet, kam das Deutsche Apotheken-Museum über Bamberg 1958 an seinen heutigen Standort in Heidelberg. Gezeigt werden neben vollständigen Apotheken-Offizinen ab dem Barock unter anderem auch Haus- und Reiseapotheken sowie teils kunstvolle Aufbewahrungsgefäße aus Porzellan und Glas, Gemälde und Fotos rund um das Thema Pharmazie und Kräuter- und Arzneibücher.

Deutsches Apotheken-Museum,  
Schlosshof 1

tel.: +49(0)6221-25880

Öffnungszeiten: täglich 10 bis 17.30 Uhr  
Gebucht werden können auch exklusive  
Abendführungen für Gruppen

## Impressum

**DGII**

DGII Aktuell

**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](mailto:DGII@congresse.de)

**Redaktion:** Britta Achenbach, Dieter Kaulard  
[ac@biermann.net](mailto:ac@biermann.net)

**Grafik und Layout:** Heike Dargel

**Verlag:** Biermann Verlag GmbH  
Otto-Hahn-Str. 7, D 50997 Köln, [www.biermann.net](http://www.biermann.net)

Der Bezugspreis ist im Mitgliedsbeitrag der DGII enthalten.