



Stiftung Auge
weil Sehen wichtig ist

Stiftung der DOG
Deutsche Ophthalmologische
Gesellschaft e.V.
Gesellschaft für Augenheilkunde

Pressekonferenz der Stiftung Auge: Blindheit im Alter ist oft vermeidbar: Wie sich die augenärztliche Versorgung in Seniorenheimen verbessern lässt

Termin: Mittwoch, 29. Mai 2019, 12.00 bis 13.00 Uhr
Ort: Tagungszentrum im Haus der Bundespressekonferenz,
Raum 4
Anschrift: Schiffbauerdamm 40/Ecke Reinhardtstraße 55, 10117 Berlin-Mitte

Platenstraße 1
80336 München
Telefon: +49 89 5505 768 28
Telefax: +49 89 5505 768 11
info@stiftung-auge.de
www.stiftung-auge.de

Themen und Referenten:

Alt, einsam, blind: Wie lässt sich die augenärztliche Versorgung von Menschen in Senioren- und Pflegeheimen verbessern?

Vorstellung der OVIS-Studie und des Maßnahmenkatalogs der Stiftung Auge

Professor Dr. med. Frank G. Holz, Vorsitzender der Stiftung Auge und Direktor der Universitäts-Augenklinik Bonn

Häufig fehlt nur die richtige Brille, manchmal steckt eine schwerwiegende Augenerkrankung dahinter: Wie sich Augenkrankheiten bei Hochbetagten behandeln lassen

Dr. med. Peter Heinz, Vorstandsmitglied der Stiftung Auge, Facharzt für Augenheilkunde, Schlüsselfeld

Sehen, ein Tor zur Welt: Voraussetzung zur Teilhabe im Alter – Anforderungen an eine gesundheitliche Versorgung

Professor Dr. phil. Dr. h.c. Ursula Lehr, Ehrenvorsitzende der Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen (BAGSO), Bonn

Ein Auge auf die Augen: Wie können Pflegende und Träger für ein sehbehindertenfreundliches Umfeld in den Einrichtungen sorgen?

Herbert Mauel, Geschäftsführer Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa), Berlin

Antworten für die alternde Gesellschaft: Was wir aus der Forschung lernen können?

Professor Dr. Dr. med. Robert P. Finger, Oberarzt, Professor für ophthalmologische Epidemiologie und neuroretinale Bildgebung, Universitäts-Augenklinik Bonn

Moderation: Dagmar Arnold, Pressestelle Stiftung Auge

Kontakt für Rückfragen

Sabrina Hartmann
Pressestelle Stiftung Auge
Postfach 30 11 20
70451 Stuttgart
Tel.: 0711 8931-649
Fax: 0711 8931-167
hartmann@medizinkommunikation.org

Pressestelle Stiftung Auge
Sabrina Hartmann
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Tel.: +49 711 8931 649
Fax: +49 711 8931 167
hartmann@medizinkommunikation.org



Stiftung Auge
weil Sehen wichtig ist

Stiftung der DOG
Deutsche Ophthalmologische
Gesellschaft e.V.
Gesellschaft für Augenheilkunde

Platenstraße 1
80336 München
Telefon: +49 89 5505 768 28
Telefax: +49 89 5505 768 11
info@stiftung-auge.de
www.stiftung-auge.de

Pressekonferenz der Stiftung Auge: Blindheit im Alter ist oft vermeidbar: Wie sich die augenärztliche Versorgung in Seniorenheimen verbessern lässt

Termin: Mittwoch, 29. Mai 2019, 12.00 bis 13.00 Uhr
Ort: Tagungszentrum im Haus der Bundespressekonferenz,
Raum 4
Anschrift: Schiffbauerdamm 40/Ecke Reinhardtstraße 55, 10117 Berlin-Mitte

Inhalt:

Pressemitteilungen

Maßnahmenkatalog zur Verbesserung der ophthalmologischen Versorgung in Seniorenheimen

Redemanuskripte

Lebensläufe der Referenten

Bestellformular für Fotos

*Falls Sie das Material in digitaler Form wünschen, stellen wir Ihnen dieses gerne zur
Verfügung.*

*Bitte kontaktieren Sie uns per E-Mail unter:
hartmann@medizinkommunikation.org*

Kontakt für Rückfragen

Sabrina Hartmann
Pressestelle Stiftung Auge
Postfach 30 11 20
70451 Stuttgart
Tel.: 0711 8931-649
Fax: 0711 8931-167
hartmann@medizinkommunikation.org

Pressestelle Stiftung Auge

Sabrina Hartmann
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Tel.: +49 711 8931 649
Fax: +49 711 8931 167
hartmann@medizinkommunikation.org



Stiftung Auge
weil Sehen wichtig ist

Stiftung der DOG
Deutsche Ophthalmologische
Gesellschaft e.V.
Gesellschaft für Augenheilkunde

Platenstraße 1
80336 München
Telefon: +49 89 5505 768 28
Telefax: +49 89 5505 768 11
info@stiftung-auge.de
www.stiftung-auge.de

Schlechtes Sehen im Alter bedroht auch Hirnfunktionen: Stiftung Auge fordert bessere augenärztliche Versorgung für Senioren

Berlin, 29. Mai 2019 – Eine im JAMA veröffentlichte Studie belegt einen deutlichen Zusammenhang zwischen nachlassender Sehkraft und abnehmender Hirnfunktion im Alter. Die Stiftung Auge weist vor diesem Hintergrund darauf hin, wie wichtig gutes Sehen und regelmäßige Besuche beim Augenarzt für ältere Menschen sind. Jedoch gelangt die augenärztliche Versorgung oft nicht zu Menschen in Senioren- und Pflegeheimen, wie eine Erhebung der Stiftung Auge zeigt (OVIS-Studie). Diese hat gemeinsam mit weiteren Akteuren im Gesundheitswesen Maßnahmen erarbeitet, wie sich die augenärztliche Versorgung in Seniorenheimen verbessern lässt. Welche das sind und warum gutes Sehen im Alter auch Voraussetzung für Teilhabe ist, erläutern Experten der Stiftung Auge im Rahmen der heutigen Pressekonferenz in Berlin.

Dass auch der Erhalt der Geisteskraft zu einem gewissen Grad vom Sehvermögen abhängt – darauf deutet nun eine Studie hin, die US-Mediziner im renommierten Journal of the American Medical Association (JAMA) veröffentlicht haben. An der Studie nahmen über 2.500 Senioren teil. Zu Beginn ermittelten die Forscher die geistigen Fähigkeiten anhand eines Schnelltests sowie die Sehschärfe. Dieser sogenannte Mini-Mental-Status-Test (MMST) erfasst anhand eines Fragebogens unter anderem die Fähigkeiten zur Orientierung, zum Rechnen, zum Buchstabieren und die Merkfähigkeit. Nach zwei, sechs und acht Jahren erfolgten Nachuntersuchungen. Dabei zeigte sich, dass sich über die Zeit sowohl die Sehschärfe als auch die MMST-Testergebnisse verschlechterten. Das Ergebnis der Forscher zeigte, dass das Ausmaß der Sehverschlechterung mit dem Ausmaß der Verschlechterung der geistigen Leistungsfähigkeit assoziiert war.

„Diese Ergebnisse belegen einmal mehr, wie wichtig das Sehen für die soziale Teilhabe ist“, sagt Professor Dr. med. Frank G. Holz, Direktor der Universitäts-Augenklinik Bonn und Vorsitzender der Stiftung Auge. Wer

Pressestelle Stiftung Auge
Sabrina Hartmann
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Tel.: +49 711 8931 649
Fax: +49 711 8931 167
hartmann@medizinkommunikation.org



ohne nennenswerte Einschränkungen lesen, sich informieren und an gesellschaftlichen Ereignissen teilhaben könne, werde auch geistig angeregt und gefordert. Das Nachlassen der Sehkraft sollte daher keinesfalls als normale Alterserscheinung hingenommen werden. „Die meisten Augenerkrankungen lassen sich heute gut behandeln, wenn sie rechtzeitig erkannt werden“, so der Experte. Regelmäßige Kontrollen beim Augenarzt seien daher von großer Bedeutung, um die Sehfähigkeit, die Lebensqualität und die Fähigkeit zur sozialen Teilhabe zu erhalten – und damit auch die Geisteskraft.

Die Studie OVIS (Ophthalmologische Versorgung in Seniorenheimen) hat gezeigt, dass die augenärztliche Versorgung oft nicht zu den Menschen in Pflege- und Seniorenheimen gelangt. „Unbehandelte Augenerkrankungen und Einschränkungen im Sehvermögen bringen nicht nur die Gefahr einer Erblindung: Übersehene Teppichkanten oder Stufen können Stürze verursachen und Knochenbrüche mit sich bringen, die nicht selten zu erhöhter Pflegebedürftigkeit oder sogar zu vorzeitigem Tod führen können“, sagt Holz. Auch für Selbstständigkeit, Mobilität und geistige Gesundheit spielt das Sehen eine große Rolle.

In einem Maßnahmenkatalog hat die Stiftung Auge jetzt gemeinsam mit weiteren Akteuren im Gesundheitswesen notwendige Schritte zur Verbesserung der Versorgungssituation festgelegt. Hierzu gehört unter anderem, dass Thema Auge in der Pflegeaus- und -weiterbildung zu stärken, einen Transport und die Begleitung der Bewohner zum Augenarzt sicherzustellen und Screening-Untersuchungen in den Heimen zu ermöglichen. Weitere Maßnahmen stellt die Stiftung Auge im Rahmen ihrer Pressekonferenz heute in Berlin vor. Außerdem berichtet Professor Dr. phil. Dr. h.c. Ursula Lehr, Ehrenvorsitzende der Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen (BAGSO), wie wichtig das Sehen für die Teilhabe im Alter ist.



Quelle:

JAMA Ophthalmol. 2018 Sep 1;136(9):989-995. doi:

10.1001/jamaophthalmol.2018.2493.

Longitudinal Associations Between Visual Impairment and Cognitive Functioning: The Salisbury Eye Evaluation Study.

Zheng DD1, Swenor BK2, Christ SL3,4, West SK2, Lam BL5

2008 von der DOG gegründet, setzt sich die Stiftung Auge dafür ein, vermeidbare Erblindungen und schwere Seheinschränkungen zu bekämpfen. Informationen zu den Projekten der Stiftung Auge sind unter <http://www.stiftung-auge.de> nachzulesen.

Kontakt für Rückfragen:

Sabrina Hartmann

Pressestelle Stiftung Auge

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-649

Fax: 0711 8931-167

hartmann@medizinkommunikation.org

www.stiftung-auge.de



Stiftung Auge
weil Sehen wichtig ist

Besuche beim Augenarzt können Erblindung verhindern: Stiftung Auge fordert sichere Begleitung für Bewohner von Seniorenheimen

Berlin, 29. Mai 2019 – Aktuellen Hochrechnungen zufolge wird die Zahl der augenärztlichen Behandlungsfälle bei den über 60-Jährigen bis zum Jahr 2030 um mehr als ein Drittel steigen. Viele altersbedingte Augenerkrankungen können gut behandelt werden. Meist machen sie sich aber erst in einem späten Stadium bemerkbar, wenn ein Großteil der Sehkraft bereits unwiederbringlich verloren ist. Die Stiftung Auge empfiehlt deshalb, sich ab dem 50. Lebensjahr einmal jährlich augenärztlich untersuchen zu lassen. In der Studie OVIS (Ophthalmologische Versorgung in Seniorenheimen) gaben rund 50 Prozent der Bewohner den Transport als größte Hürde an, einen Augenarzt aufzusuchen. Die Stiftung Auge fordert deshalb, dass der Transport und die personelle Begleitung zum Augenarzt sichergestellt werden muss. Im Rahmen der heutigen Pressekonferenz in Berlin erläutern Experten diese und weitere Forderungen zur Verbesserung der augenärztlichen Versorgung in Seniorenheimen.

Verbreitet ist vor allem der Graue Star (Katarakt) – eine starke Trübung der Augenlinse, bei der die Betroffenen wie durch einen Nebelschleier sehen. Um das Sehvermögen wiederherzustellen, kann der Augenarzt eine Kunstlinse ins Auge einsetzen. Über 800.000 Augen werden jedes Jahr mit diesem ambulanten Eingriff behandelt. Schwerwiegendere Volkskrankheiten sind das Glaukom (Grüner Star), eine Erkrankung des Sehnervs, die altersbedingte Makuladegeneration (AMD), bei der die Zellen der Netzhaut absterben, oder die diabetische Retinopathie als Folge der Zuckerkrankheit Diabetes mellitus. „Das Fatale bei all diesen Erkrankungen ist, dass sie in der Regel unbemerkt beginnen und erst in einem sehr fortgeschrittenen Stadium spürbare Symptome verursachen“, sagt Dr. Peter Heinz, Vorstandsmitglied der Stiftung Auge.

Dabei könne die moderne Augenheilkunde diese Erkrankungen fast immer aufhalten oder den Verlauf zumindest verzögern, betont der Experte. „Voraussetzung ist aber eine frühzeitige Diagnose, bevor der Patient

Stiftung der DOG
Deutsche Ophthalmologische
Gesellschaft e.V.
Gesellschaft für Augenheilkunde

Platenstraße 1
80336 München
Telefon: +49 89 5505 768 28
Telefax: +49 89 5505 768 11
info@stiftung-auge.de
www.stiftung-auge.de

Pressestelle Stiftung Auge
Sabrina Hartmann
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Tel.: +49 711 8931 649
Fax: +49 711 8931 167
hartmann@medizinkommunikation.org



überhaupt eine Sehverschlechterung wahrnimmt.“ Wenn beim Glaukom Symptome auftreten, ist der Sehnerv meist schon irreparabel geschädigt; rechtzeitig erkannt lässt sich die Krankheit meist mit Tropfen behandeln. Die AMD behandeln Ärzte je nach Fall mit Spritzen in den Glaskörper oder Lasertherapie.

Seniorinnen und Senioren können mit ihrem Lebensstil – gesunde Ernährung, wenig Alkohol, keine Zigaretten – selbst etwas zu ihrer Augengesundheit beitragen. Vor allem aber sollten sie regelmäßig zum Augenarzt gehen. „Wir empfehlen allen Menschen ab dem 50. Lebensjahr einmal im Jahr zur Kontrolle die Praxis eines Augenarztes aufzusuchen, denn dort stehen die erforderlichen Untersuchungsgeräte zur Verfügung“, so Heinz.

Gerade für Bewohner der Senioren- und Pflegeheime ist der Zugang zur augenärztlichen Versorgung eine Hürde, was die Studie OVIS belegte. Der letzte Besuch beim Augenarzt lag hier durchschnittlich vier Jahre zurück, rund die Hälfte der untersuchten Heimbewohner hatten einen Grauen Star. Vor diesem Hintergrund hat die Stiftung Auge einen Maßnahmenkatalog zur Verbesserung dieser Versorgungssituation erarbeitet. Darin fordert die Stiftung unter anderem, dass der Transport der Bewohner zum Augenarzt gewährleistet sein muss. „Dazu gehört aus unserer Sicht auch die personelle Begleitung der Pflegebedürftigen, deren Finanzierung über die Krankenversicherung sichergestellt werden muss“, erläutert Professor Dr. med. Frank G. Holz, Vorsitzender der Stiftung Auge und Direktor der Universitäts-Augenklinik Bonn. Den ausführlichen Maßnahmenkatalog stellt die Stiftung Auge heute im Rahmen einer Pressekonferenz in Berlin erstmals der Öffentlichkeit vor.

Kontakt für Rückfragen:

Sabrina Hartmann
Pressestelle Stiftung Auge
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Tel.: 0711 8931-649
Fax: 0711 8931-167
hartmann@medizinkommunikation.org
www.stiftung-auge.de



Maßnahmen zur Verbesserung der ophthalmologischen Versorgung von Menschen in Pflege- und Seniorenheimen

Augenleiden sind Volkskrankheiten! Viele Menschen in Deutschland leiden an Augenerkrankungen, die unbehandelt bis zur Erblindung führen können. Aufgrund des demografischen Wandels wird sich die Zahl der ophthalmologischen Patienten bis zum Jahr 2030 deutlich erhöhen, auch da die meisten Augenerkrankungen im Alter auftreten.

Die Behandlungsfälle bei den über 60-Jährigen werden – so aktuelle Hochrechnungen – um 35,8 Prozent steigen. Dies unterstreicht die Bedeutung der augenärztlichen Versorgung, gerade auch für Senioren.

Obwohl in Deutschland augenärztliche Versorgung auf höchstem Niveau flächendeckend verfügbar ist, gelangt sie oft nicht zu den Menschen in Pflege- und Seniorenheimen.

Unbehandelte Augenerkrankungen und Einschränkungen im Sehvermögen bringen nicht nur die Gefahr einer Erblindung: *Übersehene Teppichkanten oder Stufen können Stürze verursachen und Knochenbrüche mit sich bringen, die nicht selten zu Pflegebedürftigkeit oder sogar zum vorzeitigen Tod führen. Auch für die Selbstständigkeit, Mobilität und geistige Gesundheit spielt das Sehen eine große Rolle. Es ist ein wichtiger Faktor für Lebensqualität und für gesellschaftliche Teilhabe.*

*Die Studie **OVIS (Ophthalmologische Versorgung in Seniorenheimen)** der Stiftung Auge zeigt, dass es offensichtlich **erheblichen Nachholbedarf hinsichtlich der augenärztlichen Versorgung in Pflege- und Seniorenheimen** gibt. Die Ergebnisse der deutschlandweit größten einschlägigen Versorgungsstudie auf diesem Gebiet belegen: Der letzte Besuch beim Augenarzt lag durchschnittlich vier Jahre zurück. Rund die Hälfte der Befragten gab dabei den **Transport** als größte Hürde an. Zu den häufigsten im Rahmen der Studie festgestellten Augenerkrankungen zählten **altersabhängige Makuladegeneration (AMD), Grauer Star und Grüner Star**. Bei rund der Hälfte der Studienteilnehmer lag ein Grauer Star vor, bei knapp 40 Prozent wurden Zeichen einer AMD festgestellt und bei rund 21 Prozent bestand der Verdacht oder die gesicherte Diagnose eines Grünen Stars. Nicht selten fehlte es schlicht an einer passenden Brille, um gutes Sehen und auch Lesen und dadurch wieder die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen.*

*Diese Defizite sind in einem hochentwickelten Gesundheitssystem, wie es in Deutschland existiert, nicht hinnehmbar. **Die Versorgung von alten Menschen in Senioren- und Pflegeheimen muss sich verbessern!***



Das muss sich ändern:

1. Augenärztlicher Befund und Empfehlung vor dem Einzug in Alten- oder Pflegeeinrichtung standardisiert dokumentieren

Gerade bei altersabhängigen Erkrankungen des Auges können, wenn sie rechtzeitig erkannt und behandelt werden, Alterserblindung verhindert und gutes Sehen bis ins hohe Alter ermöglicht werden. Daher empfehlen der Berufsverband der Augenärzte Deutschlands und die Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft, sich ab dem 50. Lebensjahr einmal jährlich augenärztlich untersuchen zu lassen. Das Ergebnis der OVIS-Studie zeigt jedoch: Im Durchschnitt lag der letzte Besuch beim Augenarzt bei den Studienteilnehmern vier Jahre zurück. Daher sollte der Hausarzt dem Patienten vor dem Einzug in eine Alten- oder Pflegeeinrichtung eine Kopie des letzten augenärztlichen Berichts an die Einrichtung mitsenden. Falls kein Bericht vorliegt, sollte zumindest vom Hausarzt erfasst werden, wann der Patient zuletzt einen Augenarzt konsultierte. Auf dieser Grundlage kann dann entschieden werden, in welchem Zeitraum nach dem Einzug in eine Pflegeeinrichtung ein Termin beim Augenarzt vereinbart werden sollte. So kann gewährleistet werden, dass beim Einzug in eine Pflegeeinrichtung auch die augenheilkundliche Versorgung nicht vergessen wird. Wenn der letzte Augenarztbesuch länger als ein Jahr vor dem Einzug stattgefunden hat, sollte innerhalb der ersten drei Monate nach dem Einzug eine ärztliche Untersuchung erfolgen.

Bei einem geplanten Einzug in ein Heim, sollte der Augenarzt in einem Arztbrief für die künftigen Heimbewohner gut verständliche Empfehlungen für die weitere ophthalmologische Versorgung definieren, einen Behandlungsplan mitgeben und festhalten, in welchen Intervallen weitere Kontrollen stattzufinden haben. Das ist insbesondere bei chronischen Erkrankungen wie beispielsweise dem Glaukom und der AMD wichtig.

Für den Erfolg der künftigen Therapie ist außerdem der Austausch zwischen dem behandelnden Arzt und dem Pflegepersonal von großer Bedeutung.

2. Bundesweite Stärkung des Themas „Auge“ in der Pflegeausbildung und -fortbildung

Anzeichen für Augenerkrankungen gibt es viele. Entscheidend für den Therapieerfolg ist es, genau diese frühzeitig zu erkennen. Lassen sich häufiges Stolpern, Kopfschmerzen, Leseprobleme oder der Rückzug aus dem sozialen Leben nicht durch andere



Krankheitsbilder erklären, so sind häufig Sehbeeinträchtigungen durch Augenerkrankungen die Ursache.

Veränderungen im Verhalten der Senioren werden häufig zuerst durch das Pflegepersonal festgestellt. Aber nur mit spezifischem Hintergrundwissen können diese Veränderungen richtig gedeutet werden. Hierfür ist eine entsprechende Unterstützung und Sensibilisierung des Pflegepersonals unerlässlich. Die Stiftung Auge fordert daher, den Themenbereich Auge und Sehen ausführlicher als bisher mit in den Lehrplan der Pflegeausbildung und in entsprechende Weiterbildungsmaßnahmen aufzunehmen. Sinnvoll sind dabei u.a. auch Elemente der praxisgerechten Hilfen und Checklisten.

Mit der Kenntnis und Durchführung einfacher Screening-Tests wie beispielsweise dem sogenannten „Amsler-Gitter“ lassen sich Veränderungen der Netzhaut schon früh detektieren. Werden hierbei Defizite festgestellt, sollte dringend ein Augenarztbesuch veranlasst werden. Dies ist bei Menschen, deren kognitive Fähigkeiten nicht eingeschränkt sind, einfach anwendbar. Es gibt bereits Checklisten, worauf Pflegende im Alltag bei Menschen mit Sehbeeinträchtigungen besonders achten müssen. Diese müssen allerdings flächendeckend Anwendung finden, was unter anderem durch regelmäßige Fortbildungen des Personals innerhalb der Einrichtungen gestärkt werden kann.

Hierzu gehört auch die Aufklärung der Bewohner, der Angehörigen und des Pflegepersonals darüber, wie wichtig Sehen im Alltag der Menschen ist und welche einschneidenden Folgen unbehandelte Augenerkrankungen haben können. Aktive Mitarbeiterschulungen ermöglichen es, ein tiefgreifendes Bewusstsein für Sehbehinderungen zu schaffen. Hier könnten beispielsweise Selbsterfahrungen durch den Einsatz von Simulationsbrillen helfen. Häufig hilft es schon, farbiges Geschirr auf weißen Tischtüchern zu verwenden, um durch den geschaffenen Kontrast dem Sehbeeinträchtigten die Orientierung und Selbstständigkeit beim Essen zu erleichtern.

Über die Erkennung von ersten Anzeichen für Augenerkrankungen hinaus ist es wichtig, dass bei Menschen mit chronischen Augenkrankheiten Therapiepläne und Kontrollintervalle eingehalten werden. Steht ein Bewohner vor einem Augenarzttermin, gilt es außerdem sicherzustellen, dass dieser entsprechend vorbereitet ist.



3. Ermöglichung von Screening-Untersuchungen im Heim und Ausstattung der Heime mit Untersuchungsinstrumenten

Nicht alle Bewohner von Pflege- und Seniorenheimen sind mobil genug und in der Lage, einen Augenarzt in der Praxis aufzusuchen. Somit muss sichergestellt werden, dass eine Vorsorgeuntersuchung auch innerhalb der Einrichtungen vorgenommen werden kann. Viele Augenerkrankungen können gut behandelt oder sogar aufgehalten werden, vorausgesetzt sie werden rechtzeitig erkannt. Hierfür empfiehlt die Stiftung Auge, dieses Screening – für den Fall, dass dies nicht augenärztlich darstellbar sein sollte – durch qualifizierte nicht-ärztliche Praxisassistenten/-assistentinnen durchführen zu lassen, die von der jeweiligen Augenarztpraxis in die Heime kommen. Hierfür kommen speziell geschulte Medizinische Fachangestellte oder Orthoptistinnen in Frage.

Auch die Ausstattung der Pflege- und Senioreneinrichtungen müsste dafür entsprechend angepasst werden. Einfache Screening-Maßnahmen wie Sehtests sollten auch dort durchführbar sein. Fest steht: Die qualitativ hochwertige augenärztliche Versorgung erfordert eine Ausstattung auf dem Stand neuester technologischer Entwicklungen. Dies ist so optimal nur in der augenärztlichen Praxis umsetzbar. Die Basismaßnahmen sind jedoch hilfreich, um die wenig mobilen Patienten zu identifizieren, die eine professionelle augenärztliche Versorgung benötigen. Entscheidend hierbei ist die Sicherstellung der Finanzierung dieser Leistung. Um das zu gewährleisten, müssten die Prozesse genau beschrieben werden, um für die Leistung entsprechende finanzielle Mittel zu erhalten. Die gesetzlichen Krankenkassen müssen diese Kosten tragen und die Leistungen verantworten. Hier müsste eine spezifische Abrechnungsziffer für diese Basisuntersuchungen vereinbart werden.

4. Transport zum Augenarzt für mobile Bewohner

In der OVIS-Studie galt der Transport mit rund 50 Prozent als größte Hürde, einen Augenarzt aufzusuchen. Mehr als die Hälfte (61 Prozent) der Studienteilnehmer gab an, prinzipiell noch mobil genug zu sein, um einen Augenarztbesuch zu bewältigen, allerdings wussten sie nicht, wie sie hin- und zurückkommen sollten.

Der Transport muss gewährleistet sein und die Begleitung durch Personal muss – wenn nötig – sichergestellt sein, vor allem wenn Angehörige dies nicht leisten können. Hieraus ergeben sich folgende Forderungen:

- a. Auch die personelle Begleitung der Pflegebedürftigen zum Arzt und deren Finanzierung muss sichergestellt werden. Gerade Personen, die in höhere Pflegegrade eingestuft sind, brauchen oft die Begleitung und Unterstützung von Pflegepersonal beim



Arztbesuch. Hierzu gehört die klar geregelte Finanzierung über die Krankenversicherung, da der Besuch beim Augenarzt keine pflegerische Maßnahme ist, sondern unter den Bereich Krankenversorgung fällt. Entscheidend für die Planung des Pflegepersonals ist, dass der Augenarztbesuch der Bewohner planbar ist und man weiß, wie viel Zeit der Termin in Anspruch nimmt. Augenärzte sollten Patienten, die durch Pflegepersonal begleitet werden, in der Praxis bevorzugt behandeln, da das Pflegepersonal in der Einrichtung fehlt.

b. Orientiert an Modellversuchen sollte von den Kostenträgern ein einheitliches Konzept entwickelt werden, wie gegebenenfalls auch Gruppentransporte umgesetzt werden können. Beispielsweise könnten kostengünstige Sammeltransporte etabliert werden. Hier muss zugleich mitgedacht werden, dass die Modellprojekte auch in der Fläche umsetzbar sind.

Fest steht: Die augenärztliche Versorgung darf nicht am fehlenden Transport scheitern!

5. Modellprojekte etablieren

Um eine bessere augenärztliche Versorgung in Seniorenheimen aufzubauen, schlägt die Stiftung Auge vor, Modellprojekte zu etablieren. Es gibt bereits Pflegeeinrichtungen, die diese Versorgung in den Alltag integriert haben. Um diese Modelle flächendeckend umzusetzen, braucht es eine gesicherte Finanzierung dieser Modellprojekte und damit der augenärztlichen Untersuchung, der nachfolgenden Behandlung und der Datenerhebung vor Ort.

Um dieses Ziel zu erreichen, plant die Stiftung Auge ein Anschlussprojekt, in dem Möglichkeiten, die Versorgung in Seniorenheimen zu verbessern, entwickelt und getestet werden sollen. Dieses Projekt soll an einer Reihe von Seniorenheimen umgesetzt werden.

Als Anreiz für die Beachtung des Themas Sehen in Pflegeeinrichtungen könnte eine Zertifizierung zur sehbehindertenfreundlichen Pflege- und Senioreneinrichtung dienen. Dieses Zertifikat könnte bescheinigen, dass die Einrichtung sich sowohl im pflegerischen Bereich als auch hinsichtlich der Barrierefreiheit mit dem Thema befasst. Eine Zertifizierung müsste geprüft und Kriterien für die Zertifizierung ausgearbeitet werden. Solch ein Zertifikat sollte entwickelt werden.



Unterstützer dieses Maßnahmenkatalogs:

Andreas Bethke

Geschäftsführer Deutscher Blinden- und Sehbehindertenverband e.V. (DBSV)

Dr. Elisabeth Fix

Referentin Rehabilitation, Alten- und Gesundheitspolitik im Berliner Büro des Deutschen Caritasverband e.V.

E. Anita Götzer

Schulleitung Berufsfachschulen für Altenpflege und Altenpflegehilfe der Stiftung Kath. Familien- und Altenpflegewerk, München

Dr. Frank Johannes Hensel

Caritasdirektor Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e.V.

Prof. Dr. phil. Dr. h.c. mult. Diplom-Psychologin Ursula Lehr

Ehrevorsitzende der Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen (BAGSO)

Herbert Mael

Geschäftsführer Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.

Dr. Ludwin Monz

Vorstandsvorsitzender Carl Zeiss Meditec AG

Christian Seuß

Koordinator des Aktionsbündnisses „Sehen im Alter“, Deutscher Blinden und Sehbehindertenverband e.V. (DBSV)

Alt, einsam, blind: Wie lässt sich die augenärztliche Versorgung von Menschen in Senioren- und Pflegeheimen verbessern?

Vorstellung der OVIS-Studie und des Maßnahmenkatalogs der Stiftung Auge

Professor Dr. med. Frank G. Holz, Vorsitzender der Stiftung Auge und Direktor der Universitäts-Augenklinik Bonn

Viele Menschen in Deutschland leiden an Sehbehinderungen, die unbehandelt bis zur Erblindung führen können. Weitere Gefahren: Übersehene Teppichkanten oder Stufen können Stürze verursachen und Knochenbrüche mit sich bringen, die nicht selten zu Pflegebedürftigkeit oder sogar zu vorzeitigem Tod führen. Auch für Selbstständigkeit, Mobilität und geistige Gesundheit spielt das Sehen eine große Rolle. Es ist ein wichtiger Faktor für Lebensqualität und für gesellschaftliche Teilhabe.

Obwohl in Deutschland **augenärztliche Versorgung** auf höchstem Niveau flächendeckend verfügbar ist, gelangt sie oft nicht zu den Menschen in Pflege- und Seniorenheimen. Die Studie **OVIS (Ophthalmologische Versorgung in Seniorenheimen)** der Stiftung Auge zeigt, dass es offensichtlich **erheblichen Nachholbedarf hinsichtlich der augenärztlichen Versorgung in Pflege- und Seniorenheimen** gibt. Die Ergebnisse der deutschlandweit größten einschlägigen Versorgungsstudie auf diesem Gebiet belegen: Der letzte Besuch beim Augenarzt lag durchschnittlich vier Jahre zurück. Rund die Hälfte der Befragten gab dabei den **Transport** als größte Hürde an. Zu den häufigsten im Rahmen der Studie festgestellten Augenerkrankungen zählten **altersabhängige Makuladegeneration (AMD), Grauer Star und Grüner Star**. Bei rund der Hälfte der Studienteilnehmer lag ein Grauer Star vor, bei knapp 40 Prozent wurden Zeichen einer AMD festgestellt und bei rund 21 Prozent bestand der Verdacht oder die gesicherte Diagnose eines Grünen Stars. Nicht selten fehlte es schlicht an einer passenden Brille, um gutes Sehen und auch Lesen und dadurch wieder die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen.

Diese Defizite sind in einem hochentwickelten Gesundheitssystem wie in Deutschland vorhanden nicht hinnehmbar. **Die Versorgung von alten Menschen in Senioren- und Pflegeheimen muss sich verbessern!**

Gemeinsam haben wir beim Runden Tisch im Oktober 2017 die Datengrundlage der OVIS-Studie genutzt, um einen Maßnahmenkatalog zu entwickeln, wie die augenärztliche Versorgung von Senioren in Pflegeeinrichtungen gezielt zu verbessern ist.

Das muss sich ändern:

Augenärztlicher Befund und Empfehlung vor dem Einzug in Alten- oder Pflegeeinrichtung standardisiert dokumentieren

Das Ergebnis der OVIS-Studie zeigt: Im Durchschnitt lag der letzte Besuch beim Augenarzt bei den Studienteilnehmern vier Jahre zurück. Daher sollte der Hausarzt dem Patienten vor dem Einzug in eine Alten- oder Pflegeeinrichtung eine **Kopie des letzten augenärztlichen Berichts** an die Einrichtung mitsenden. Falls kein Bericht vorliegt, sollte zumindest vom

Hausarzt erfasst werden, wann der Patient zuletzt einen Augenarzt konsultierte. Auf dieser Grundlage kann dann entschieden werden, in welchem Zeitraum nach dem Einzug in eine Pflegeeinrichtung ein Termin beim Augenarzt vereinbart werden sollte. Bei einem geplanten Einzug in ein Heim, sollte der Augenarzt in einem **Arztbrief** für die künftigen Heimbewohner **gut verständliche Empfehlungen für die weitere ophthalmologische Versorgung definieren**, einen **Behandlungsplan** mitgeben und festhalten, in **welchen Intervallen weitere Kontrollen** stattzufinden haben. Das ist insbesondere bei **chronischen Erkrankungen** wie beispielsweise dem **Glaukom** und der **AMD** wichtig.

Bundesweite Stärkung des Themas „Auge“ in der Pflegeausbildung und -fortbildung

Anzeichen für Augenerkrankungen gibt es viele. Entscheidend für den Therapieerfolg ist es, genau diese **frühzeitig zu erkennen**. Lassen sich häufiges Stolpern, Kopfschmerzen, Lese Probleme oder der Rückzug aus dem sozialen Leben nicht durch andere Krankheitsbilder erklären, so sind häufig Sehbeeinträchtigungen durch Augenerkrankungen die Ursache.

Veränderungen im Verhalten der Senioren werden häufig zuerst durch das **Pflegepersonal** festgestellt. Aber nur mit **spezifischem Hintergrundwissen** können diese Veränderungen richtig gedeutet werden. Hierfür ist eine entsprechende **Unterstützung und Sensibilisierung des Pflegepersonals** unerlässlich. Die Stiftung Auge fordert daher, den Themenbereich Auge und Sehen ausführlicher als bisher mit in den **Lehrplan der Pflegeausbildung** und in entsprechende **Weiterbildungsmaßnahmen** aufzunehmen. Sinnvoll sind dabei u.a. auch Elemente der **praxisgerechten Hilfen und Checklisten**.

Ermöglichung von Screening-Untersuchungen im Heim und Ausstattung der Heime mit Untersuchungsinstrumenten

Nicht alle Bewohner von Pflege- und Seniorenheimen sind mobil genug und in der Lage, einen Augenarzt in der Praxis aufzusuchen. Somit muss sichergestellt werden, dass eine **Vorsorgeuntersuchung auch innerhalb der Einrichtungen** vorgenommen werden kann. Hierfür empfiehlt die Stiftung Auge, dieses **Screening** – für den Fall, dass dies nicht augenärztlich darstellbar sein sollte – durch qualifizierte nicht-ärztliche Praxisassistenten/-assistentinnen durchführen zu lassen, die von der jeweiligen Augenarztpraxis in die Heime kommen. Hierfür kommen speziell geschulte Medizinische Fachangestellte oder Orthoptistinnen infrage.

Auch die **Ausstattung der Pflege- und Senioreneinrichtungen** müsste dafür entsprechend angepasst werden. Einfache Screening-Maßnahmen wie Sehtests sollten auch dort durchführbar sein. **Die gesetzlichen Krankenkassen müssen diese Kosten tragen** und

die Leistungen verantworten. Hier müsste eine **spezifische Abrechnungsziffer** für diese Basisuntersuchungen vereinbart werden.

Transport zum Augenarzt für mobile Bewohner

Der **Transport muss gewährleistet sein** und die Begleitung durch Personal muss – wenn nötig – sichergestellt sein, vor allem wenn Angehörige dies nicht leisten können. Hieraus ergeben sich folgende Forderungen:

Auch die **personelle Begleitung** der Pflegebedürftigen zum Arzt und deren Finanzierung muss sichergestellt werden. Orientiert an Modellversuchen sollte von den Kostenträgern ein einheitliches Konzept entwickelt werden, wie gegebenenfalls auch Gruppentransporte umgesetzt werden können. Beispielsweise könnten kostengünstige Sammeltransporte etabliert werden.

Fest steht: Die augenärztliche Versorgung darf nicht am fehlenden Transport scheitern!

Modellprojekte etablieren

Um eine bessere augenärztliche Versorgung in Seniorenheimen aufzubauen, schlägt die Stiftung Auge vor, Modellprojekte zu etablieren. Es gibt bereits Pflegeeinrichtungen, die diese Versorgung in den Alltag integriert haben. Um diese Modelle flächendeckend umzusetzen, braucht es eine gesicherte Finanzierung dieser Modellprojekte und damit der augenärztlichen Untersuchung, der nachfolgenden Behandlung und der Datenerhebung vor Ort.

Als Anreiz für die Beachtung des Themas Sehen in Pflegeeinrichtungen könnte eine **Zertifizierung zur sehbehindertenfreundlichen Pflege- und Senioreneinrichtung** dienen. Dieses Zertifikat könnte bescheinigen, dass die Einrichtung sich sowohl im pflegerischen Bereich als auch hinsichtlich der Barrierefreiheit mit dem Thema befasst. Eine Zertifizierung müsste geprüft und Kriterien für die Zertifizierung ausgearbeitet werden. Solch ein Zertifikat sollte entwickelt werden.

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Berlin, Mai 2019

Häufig fehlt nur die richtige Brille, manchmal steckt eine schwerwiegende Augenerkrankung dahinter: Wie sich Augenkrankheiten bei Hochbetagten behandeln lassen

Dr. med. Peter Heinz, Vorstandsmitglied der Stiftung Auge, Facharzt für Augenheilkunde, Schlüsselfeld

Es gibt eine ganze Reihe von Ursachen, die bei Seniorinnen und Senioren eine Verschlechterung der Sehfähigkeit hervorrufen können. Im einfachsten Fall ist dies nur eine fehlende Brille oder die Verwendung einer falschen bzw. ungeeigneten Sehhilfe. Dies lässt sich naturgemäß mit der Anpassung einer korrekten Sehhilfe beheben.

In vielen Fällen liegt der Sehverschlechterung allerdings eine der Augenvolkskrankheiten wie der „graue Star“ (Katarakt), der „grüne Star“ (Glaukom), die „altersbedingte Makuladegeneration“ (AMD) oder eine Netzhautschädigungen infolge einer Blutzuckerkrankheit (Diabetes mellitus) zugrunde. Das Fatale bei all diesen Erkrankungen ist, dass sie in der Regel unbemerkt beginnen und schleichend voranschreiten. Während der „graue Star“ heutzutage recht unproblematisch mit einer wenig belastenden ambulanten Operation behoben werden kann, sieht es bei den anderen Augenvolkskrankheiten anders aus. Werden beim „grünen Star“, der Makuladegeneration und den Netzhautschädigungen im Rahmen des Diabetes mellitus die Symptome bzw. die Sehverschlechterung bemerkt, sind oft bereits irreparable Augenschädigungen eingetreten. Dazu müsste es jedoch heutzutage nicht mehr kommen!

Neben der Operation des "grauen Stars" ist die moderne Augenheilkunde heutzutage in der Lage bei fast allen Augenvolkskrankheiten eine Erblindung aufzuhalten oder zumindest maximal hinauszuzögern, so dass der Patient diese nicht mehr erleben muss. Den grünen Star kann man mit entsprechenden Untersuchungen bereits in frühen Stadien diagnostizieren und entsprechend mit Augentropfen oder auch wenig belastenden Operationen behandeln. Aber bereits entstandene Schädigungen der Sehnerven lassen sich nicht rückgängig machen. Bei vielen Formen der Makuladegeneration und den diabetisch-bedingten Netzhautschädigungen bietet die Augenheilkunde aktuell eine Reihe von effektiven Therapien, die umso wirkungsvoller sind, je früher die Erkrankung festgestellt wird und mit der Behandlung begonnen werden kann. Das Spektrum der Therapien reicht hierbei von Laserbehandlungen über die operative Einbringung von entsprechenden Medikamenten in das Auge bis hin zu komplexeren glaskörperchirurgischen Eingriffen.

Glücklicherweise bietet die Augenheilkunde heute eine Vielzahl von diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten, die es uns ermöglichen, allen Bürgern möglichst lebenslang ein gutes Sehen zu ermöglichen und damit einen wesentlichen Beitrag zu einer hohen

Lebensqualität zu liefern. Viele dieser erforderlichen Untersuchungen sind in der Regel jedoch nur in einer augenärztlichen Praxis suffizient durchzuführen.

Betrüblich ist, dass unseren Seniorinnen und Senioren in Pflegeeinrichtungen aus einer Vielzahl von Gründen diese Behandlungen oftmals nicht zur Verfügung gestellt werden. Der Hauptgrund ist oft, dass die Kosten für die erforderliche Fahrt in eine augenärztliche Praxis nicht übernommen werden. Hier muss sich zeitnah etwas ändern!

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Berlin, Mai 2019

Sehen, ein Tor zur Welt: Voraussetzung zur Teilhabe im Alter – Anforderungen an eine gesundheitliche Versorgung

Professor Dr. phil. Dr. h.c. Ursula Lehr, Ehrenvorsitzende der Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen (BAGSO), Bonn

Wir leben in einer Welt des langen Lebens. Doch es kommt nicht nur darauf an, wie alt wir werden, sondern wie wir alt werden! Es gilt, nicht nur dem Leben Jahre zu geben, sondern den Jahren Leben zu geben! Und das gilt auch für Sehbeeinträchtigte – sowohl für jene, die schon in jungen Jahren Sehprobleme hatten, wie erst recht für jene, die erst im höheren Alter mit Sehbeeinträchtigungen konfrontiert wurden.

Sehen, Hören, Riechen, Schmecken, Tasten, d.h. Augen, Ohren, Nase, Zunge, Haut, sind die Organe, mit der wir unsere Welt wahrnehmen

Unsere Welt ist vor allem eine „Welt des Sehens!“ (80 Prozent aller Wahrnehmungen nimmt der Mensch durch die Augen auf.)

Und die Gruppe der älteren Menschen, ganz besonders die der über 75jährigen, wächst und wächst. Und damit nimmt die **absolute Zahl der Augenerkrankungen zu** – trotz aller Fortschritte, die zu einem prozentualen Rückgang innerhalb ein und derselben Altersgruppe führt. Denn die nachlassende Sehfähigkeit zählt zu den „typischen“ Alterserscheinungen. Wie traurig, die tägliche Zeitung nicht mehr lesen zu können und nicht mehr orientiert zu sein, wie peinlich, die Nachbarn auf der Straße nicht mehr erkennen zu können!

Man hat für die Augenheilkunde in Deutschland aufgrund der zunehmenden Lebenserwartung einen Anstieg des Versorgungsbedarfs bis zum Jahr 2030 um etwa 35 Prozent errechnet.

Prävention, regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen sind gefordert! Je früher Augenkrankheiten erkannt werden, um so besser sind die Chancen, das Augenlicht zu erhalten. Einmal verloren gegangenes Sehvermögen kann vielfach gar nicht oder nur teilweise wiederhergestellt werden

Sehbeeinträchtigung führt zu Einschränkungen u.a.

- in der Mobilität
- in den sozialen Kontakten
- im Informationsgewinn
- im Verlust der Alltagskompetenz

Folge: Rückzug vom gesellschaftlichen Leben, besonders wenn sonstige mit dem Alter oft einhergehende Einschränkungen (z.B. **Schwerhörigkeit, Mobilitätseinschränkungen**) hinzukommen. Damit besteht die Gefahr einer Depression, die oft fälschlich als dementieller Abbau gedeutet wird.

Wir müssen zum einen Sehstörungen möglichst zu verhindern versuchen durch

- Aufklärung, Prävention und Früherkennung
- konsequente Therapie bereits beim zuerst betroffenen Auge
- Sicherstellung der augenärztlichen Versorgung, auch der Bewohner von Alten- und Pflegeeinrichtungen.

Und wir müssen sehbeeinträchtigte Menschen des Weiteren unterstützen durch

- die systematische Beseitigung aller Hindernisse und Versorgungslücken, die einer erfolgreichen Therapie im Wege stehen.

Und wir müssen beitragen zur barrierefreien Gestaltung von Produkten, Wohnungen, Wohnumfeldern und öffentlichen Räumen durch

- sofort einsetzende Reha-Leistungen bei Sehverlust
- Versorgung mit Hilfsmitteln, Hilfe bei der Verabreichung täglicher Tropfen
- mehr Unterstützung für Mobilität und Transport, beispielsweise durch Begleitdienste.

Die konsequente Berücksichtigung des Sehvermögens in der Altenpflege – ob stationär oder ambulant – darf nicht länger hinausgeschoben werden.

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Berlin, Mai 2019

Antworten für die alternde Gesellschaft: Was wir aus der Forschung lernen können?

Professor Dr. Dr. med. Robert P. Finger, Oberarzt, Professor für ophthalmologische Epidemiologie und neuroretinale Bildgebung, Universitäts-Augenklinik Bonn

Ein hauptsächlich durch die Bevölkerungsalterung verursachter Zuwachs an Augenkrankheiten des höheren Lebensalters ist gewiss. Da sich – auch durch die Bevölkerungsalterung – zunehmend mehr Personen am Ende ihres Lebens in stationärer Pflege befinden, stellt uns das vor große Herausforderungen in der Versorgung dieser besonderen Bevölkerungsgruppe.

Schlechtes Sehen führt u.a. zu einer steigenden Unselbständigkeit, sozialer Isolation und erhöht das Risiko für Depressionen und Stürze. Der Radius, in dem sich ein Bewohner einer vollstationären Pflegeeinrichtung bewegt, ist schon deutlich eingeschränkt, wird aber durch schlechtes Sehen noch kleiner. Daher sollte auch in dieser Lebensphase vermeidbarer bzw. behandelbarer Sehverlust vermieden und/oder behoben werden.

Diese Herausforderungen sind kein typisch deutsches Problem, sondern existieren in allen hoch industrialisierten Gesellschaften. Und genauso wie in Deutschland sind auch in anderen Ländern diese Herausforderungen bislang nicht oder unzureichend bewältigt. Ein Umzug in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung (gemeinhin als Altenheim/Seniorenheim bezeichnet) ist oft mit einer deutlich schlechteren medizinischen Versorgung verbunden. Bislang gibt es kein gutes Konzept, wie die medizinische Versorgung weiterhin in einem medizinisch sinnvollen Umfang, durch Fachärzte und Spezialisten, und auf eine für die Patienten und die Gesellschaft akzeptable Weise aufrechterhalten werden kann.

Es gibt eine Reihe von Studien, die zum Gegenstand haben, ob eine Augenuntersuchung in der Pflegeeinrichtung, teils kombiniert mit visueller Rehabilitation oder direkter augenärztlicher Mitbetreuung, akzeptiert wird bzw. zu einer Verbesserung des Sehens und der Lebensqualität führt. Nicht überraschend ist, dass diese Interventionen nur von einem Teil der Bewohner genutzt werden, da oft andere, meist gesundheitliche, Probleme im Vordergrund stehen. Auch brauchen viele Bewohner von Seniorenheimen mehr Unterstützung als zur Verfügung steht, um einen medizinischen Service außerhalb des Seniorenheims in Anspruch zu nehmen. Daher sind die Ergebnisse der bislang durchgeführten und publizierten Studien gemischt: Harte Endpunkte (Sehschärfe, Operation des grauen Stars) wurden oft nicht im erwarteten Umfang erreicht, wogegen patientenzentrierte Endpunkte wie Lebensqualität oder emotionales Wohlbefinden durch die getesteten Interventionen meist verbessert wurden. Da es in fast allen Studien unbehandelte Kontrollgruppen gab, ist es unwahrscheinlich, dass diese Verbesserung nur auf die in der Studie erfahrene Zuwendung zurückzuführen ist.

Vor diesem Hintergrund ist klar, dass eine Lösung für den bereits hohen, weiter zunehmenden und bislang größtenteils ungedeckten augenheilkundlichen

Versorgungsbedarf in Seniorenheimen gefunden werden muss. Wie eine solche Lösung aussehen könnte, sollte zusammen mit allen Beteiligten entwickelt und in klinischen Studien getestet werden, um eine möglichst effektive Lösung, die von allen beteiligten Parteien akzeptiert und umgesetzt werden kann, zu entwickeln.

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Berlin, Mai 2019

Ein Auge auf die Augen: Wie können Pflegende und Träger für ein sehbehindertenfreundliches Umfeld in den Einrichtungen sorgen?

Herbert Mauel, Geschäftsführer Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa), Berlin

Weißer Tischdecke, Servietten in dezenteren Farben, saubere Gläser – ähnlich einem gutem Restaurant wünscht man sich eigentlich auch das Ambiente in Speiseräumen von Pflegeheimen. Dabei vergisst man schnell, dass ein Großteil der Bewohnerinnen und Bewohner neben körperlichen Defiziten, die z.B. die Mobilität betreffen, auch in ihrer Sehfähigkeit eingeschränkt sind. Bis zu 70 Prozent der Heimbewohner sind davon betroffen. Und diese Einschränkung kann so gravierend sein, dass es schwerfällt zu erkennen, wo genau das Glas steht oder das Besteck liegt.

Ich bin seit einigen Jahren Mitglied im Initiativkreis Sehen des Deutschen Blinden- und Sehbehindertenverbandes (DBSV) und arbeite hier schwerpunktmäßig an der „Checkliste“ für Pflegeeinrichtungen mit, die viele nützliche Hinweise und Tipps für die Pflege- und Betreuungskräfte in den Heimen enthält, um Menschen, die in ihrer Sehfähigkeit eingeschränkt sind, Unterstützung zu geben und den Alltag etwas zu erleichtern. So ist es naheliegend, farbige Tischdecken oder buntes Geschirr zu verwenden, da Kontraste besser wahrgenommen werden als Pastelltöne. Kontrastreiche Handläufe in der Einrichtung sind ebenfalls hilfreich. Der Möglichkeiten gibt es viele, um mit relativ überschaubarem Aufwand den Alltag von blinden oder in ihrer Sehfähigkeit eingeschränkten Pflegeheimbewohnern spürbar zu erleichtern. Ich würde mir wünschen, dass es eine Art Gütesiegel für solche Einrichtungen gibt, die in besonderem Maße auf die Belange von Menschen mit Sehbehinderungen eingehen. Der DBSV sucht derzeit Unterstützer, um ein solches Projekt ins Leben zu rufen. Ich kann an dieser Stelle nur ausdrücklich dafür werben.

In der künftigen Qualitätsdarstellung der Pflegeheime, die zur Orientierung für den Verbraucher bei der Suche nach einem geeigneten Pflegeheim dienen soll, wird der Aspekt ebenfalls eine größere Rolle spielen. So kann die Einrichtung angeben, ob sie spezialisiert ist auf die Versorgung und Betreuung von blinden und sehbehinderten Menschen. Die Ergebnisse der externen Überprüfung durch den MDK zum Qualitätsaspekt Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung werden ebenfalls dargestellt. Somit ist schnell erkennbar, ob die Einrichtung in diesem Bereich Defizite hat oder eine besonders gute Versorgung und Betreuung bietet. Ein wichtiges Kriterium (und aus meiner Sicht das einzige) wäre das Gütesiegel des DBSV. Daher werde ich diese Möglichkeit weiterhin offensiv nutzen und das Gütesiegel in der Diskussion halten.

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Berlin, Mai 2019

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Frank G. Holz
Vorsitzender der Stiftung Auge, Direktor der Universitäts-
Augenklinik Bonn



Beruflicher Werdegang:

| | |
|-------------|--|
| 1983 – 1989 | Studium der Medizin, Universität Heidelberg |
| 1986 – 1987 | Experimentelle Promotion im Bereich Physiologie: „Renovaskuläre Effekte von Adenosin-Agonisten“ |
| 1987 | Famulatur: Hämatologie/Knochenmark-Transplantationsprogramm, Johns Hopkins University, Baltimore, USA |
| 1988 | Praktisches Jahr, Fachbereich Chirurgie und Innere Medizin, University of Chicago, Pritzker School of Medicine, Chicago, USA |
| 1989 – 1991 | Assistenzarzt, Abteilung für Augenheilkunde, Universität Heidelberg |
| 1992 – 1993 | Retina Fellowship/Forschungsaufenthalt, Institute of Ophthalmology, Moorfields Eye Hospital, London, England Supervisor: Professor Alan C. Bird, MD, FRCS, FRCOphth |
| 1993 | Forschungskooperationsprojekt RPE-Lipofuscin, The Schepens Eye Research Institute, Harvard Medical School, Boston, USA |
| 1994 | Assistenzarzt, Abteilung für Augenheilkunde, Universität Heidelberg |
| 1994 | Facharzt für Augenheilkunde |
| 1995 – 2001 | Oberarzt, Abteilung für Augenheilkunde, Universität Heidelberg |
| 1997 | Habilitation (Privatdozent) im Fachbereich Augenheilkunde |
| 2001 – 2003 | Geschäftsführender Oberarzt, Abteilung für Augenheilkunde, Universität Heidelberg |
| Seit 2003 | Direktor und Professor, Abteilung für Augenheilkunde, Universität Bonn Zwischenzeitlich Ruf auf den W3-Lehrstuhl Augenheilkunde Universität Heidelberg und den W3-Lehrstuhl Augenheilkunde Ludwig-Maximilians-Universität München |

Zusätzliche Aufgaben und Ämter:

- Mitglied im Geschäftsführenden Präsidium der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG)
- Vorstandsmitglied und President-Elect EURETINA
- Herausgeber des Organs der DOG „Der Ophthalmologe“ (Springer)
- Mitglied in der Makulakommission der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft

- Mitglied des wissenschaftlichen Beirats von Pro Retina Deutschland e.V.
- Vorsitzender der Stiftung Auge der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft
- Mitgründer und Koordinator der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG), Schwerpunktprogramm „Altersabhängige Makuladegeneration“
- Koordinator des EU-IMI2-Projekts MACUSTAR (16 Mio € Fördervolumen)

Publikationen:

- über 500 Artikel in peer-reviewed Fachjournalen
- Autor zahlreicher Bücher und Buchkapitel

Mitgliedschaft in Fachgesellschaften:

- American Academy of Ophthalmology (AAO)
- Association for Research in Vision and Ophthalmology (ARVO)
- Macula Society
- Club Jules Gonin
- Gass Club
- Oxford Ophthalmological Congress (OOC)
- European Fluorescein Angiography Club (FAN Club)
- EURETINA
- Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft (DOG)
- Deutsche Retinologische Gesellschaft

Stipendien und Auszeichnungen:

| | |
|-------------|---|
| 1987 – 1989 | Stipendiat der Studienstiftung des deutschen Volkes |
| 1988 | Stipendiat Deutscher Akademischer Austauschdienst (DAAD) |
| 1992 – 1993 | Forschungsstipendium Gertrud-Kusen-Stiftung, Hamburg |
| 1999 | Makulapreis Pro Retina Deutschland/Schweiz |
| 1999 | Forschungspreis der DOG |
| 2000 | Achievement Award der American Academy of Ophthalmology (AAO) |
| 2001 | Leonhard-Klein-Preis für Ophthalmologische Chirurgie |
| 2005 | DOC Award der Deutschen Ophthalmologischen Chirurgen |
| 2011 | Senior Achievement Award der AAO |
| 2011 | Alcon Research Institute Award |
| 2014 | Jules Gonin Award |
| 2015 | Xtreme Research Award |
| 2017 | Medaille d'or Paul Chibret |

Curriculum Vitae

Dr. med. Peter Heinz
Vorstandsmitglied der Stiftung Auge,
Facharzt für Augenheilkunde, Schlüsselfeld



Allgemeines:

Medizinstudium: Oktober 1987 – Oktober 1993 (Philipps-Universität, Marburg)
Ärztl. Vorprüfung: September 1989
1. Staatsexamen: August 1990
2. Staatsexamen: August 1992
3. Staatsexamen: 11. Oktober 1993
Arzt im Praktikum: 01. November 1993 – 30. April 1995 (Universitäts-Augenklinik Marburg, Professor Kroll)
Approbation als Arzt: 24. Mai 1995
Facharztausbildung: 10. Juli 1995 – 30. März 1998 (Augenklinik der HSK, Wiesbaden, Professor Lerche)
Promotion: 09. Oktober 1997 (Marburg, Professor Kroll, „Extrakapsuläre Katarakt-Operation mit Hinterkammerlinsenimplantation bei Patienten mit Diabetes mellitus“)
Facharztprüfung: 04. Februar 1998
Niedergelassen: - als Facharzt für Augenheilkunde seit 1. Mai 1998 in Schlüsselfeld
- Mitglied Qualitätsverbund fränkischer Augenärzte
- Mitglied im Augen-Diagnostik-Centrum Main/Franken

Weitere Tätigkeiten:

08/2001 – 12/2011 Leiter des Ressort „Qualitätsmanagement“ des Berufsverbandes der Augenärzte Deutschlands (BVA), Erstellung des Qualitätsmanagement-Musterhandbuchs für Augenärzte nach DIN EN ISO 9001:2000 und des QEP®-Musterhandbuchs für Augenärzte
Seit April 2002 Mitglied des Lenkungsgremiums des Unternehmens MDC (medical device certification), einem Unternehmen, das

| | |
|-------------|--|
| | Medizinprodukte und Bereiche des Gesundheitswesens zertifiziert |
| 2003 – 2009 | Mitglied des Vorstands der Augenärztlichen Genossenschaft Bayerns |
| Seit 2005 | „Qualitätsbeauftragter des Ärztlichen Kreisverbandes Bamberg“ |
| Seit 2006 | Sprecher des „Qualitätsverbundes fränkischer Augenärzte“ (QFA) |
| Seit 2008 | Landesvorsitzender des Berufsverbandes der Augenärzte in Bayern |
| Seit 2011 | 2. Bundesvorsitzender des Berufsverbandes der Augenärzte Deutschlands |
| Seit 2011 | Mitglied des „Beratenden Fachausschusses für die fachärztliche Versorgung“ der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns |
| Seit 2012 | Mitglied des „Berufungsausschusses II“ der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns |
| Seit 2016 | Mitglied des Vorstands der „Stiftung Auge“ |
| Seit 2016 | Mitglied des Gesamtpräsidiums der Deutschen ophthalmologischen Gesellschaft (DOG) Abhalten regelmäßiger Kurse und Seminare als Ressortleiter „Qualitätsmanagement“, „Individuelle Gesundheitsleistungen“, „Praxisorganisation/Existenzgründung“, „Ärztliche Kooperationsformen“ und „Aktuelle berufspolitische Themen“ für Ärzte und ärztliches Assistenzpersonal bei Jahreskongressen der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG) in Berlin, der Deutschen Ophthalmochirurgen (DOC) in Nürnberg und der Augenärztlichen Akademie Deutschlands (AAD) in Düsseldorf, für den Ärztlichen Kreisverband Bamberg sowie an der Universitäts-Augenklinik Erlangen und diversen anderen regionalen und überregionalen Fortbildungsveranstaltungen |
| Seit 2017 | Mitglied der „Beratenden Vorstandskommission der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns“ Regionaler fachärztlicher Vorstandsbeauftragter der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns für Oberfranken |
| Seit 2018 | Vorsitzender des Vorstandes der „Allianz Fachärztlicher Berufsverbände Bayerns e.V.“ (AFB e.V.) |

Curriculum Vitae

Professor Dr. phil. Dr. h.c. Ursula Lehr
Diplom-Psychologin, Ehrenvorsitzende der
Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen
(BAGSO), Bonn



Allgemeines:

Studium: Psychologie und Philosophie,
Universität Frankfurt und Universität Bonn;
Promotion: 1954
Habilitation: 1968 (Forschungen „Frau und Beruf“)
Ehrenpromotion: 1988 Universität Fribourg, Schweiz
2009 Universität Vechta

Weitere Tätigkeiten:

1972 – 1975 Lehrstuhl Universität Köln
1975 – 1986 Universität Bonn
1986 – 1998 Lehrstuhl für Gerontologie Universität Heidelberg
1988 – 1991 Bundesministerin für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit
1991 – 1994 Mitglied des Deutschen Bundestages
Seit 1994 Korrespondierendes Mitglied der Österreichischen Akademie
der Wissenschaften
Seit 1998 Korrespondierendes Mitglied der Sächsischen Akademie der
Wissenschaften zu Leipzig
Seit 2001 Professorin an der Europa-Universität in Yuste/Extramadura,
Spanien

Zusätzliche Aufgaben und Ämter:

- 1974 – 1977 Vizepäsidentin der DGG, 1997-1998 Präsidentin der DGGG ;
- 2004 – 2008 Präsidentin der Vereinigung der ehemaligen Mitglieder des Deutschen Bundestages und des Europäischen Parlaments e.V.
- Seit 2009 Vorsitzende der BAGSO (Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen), seit 2015 stellvertretende Vorsitzende

Auszeichnungen und Preise:

- Großes Verdienstkreuz mit Stern des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland
- Forschungen im Bereich der Entwicklungs- und Sozialpsychologie und der Gerontologie, ältere Arbeitnehmer, demografischer Wandel
- 1973 Max-Bürger-Preis der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie (DGG, später DGGG); 2006 Ignatius Nascher Preis der Stadt Wien für Geriatrie

Curriculum Vitae

Herbert Mauel,
Geschäftsführer Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste
e.V. (bpa), Berlin



Beruflicher Werdegang:

Studium mit Abschluss als Diplom-Sozialpädagoge, Katholische Fachhochschule Aachen
Weiterbildung zum Supervisor, Fortbildungsinstitut für Supervision, Münster

| | |
|-------------|--|
| 1984 – 1994 | Caritasverband für das Kreisdekanat Euskirchen, außerklinische Psychiatrie |
| 1994 – 1998 | Arbeiterwohlfahrt Baden, Referent für Altenhilfe |
| Ab 1998 | bpa, dort seit 2001 Geschäftsführer und zuständig für den stationären Bereich |

Curriculum Vitae

Professor Dr. Dr. med. Robert P. Finger
Oberarzt, Professor für ophthalmologische Epidemiologie und
neuroretinale Bildgebung, Universitäts-Augenklinik Bonn



Beruflicher Werdegang:

- | | |
|-------------------|--|
| 12/2004 | Abschluss des Humanmedizinstudiums an der Universität zu Köln |
| 10/2005 | Master of International Health, Curtin University of Technology, Perth, Australien |
| 07/2007 | Promotion in Humanmedizin, Universität zu Köln |
| 11/2011 | Facharzt für Augenheilkunde |
| 07/2012 | Habilitation in Augenheilkunde, Universität Bonn |
| 03/2014 | Doctor of Philosophy (PhD), University of Melbourne, Australien |
| 02/2014 – 10/2015 | Direktor, WHO Collaborating Centre for the Prevention of Blindness & Principal Investigator Population Health, Centre for Eye Research Australia |
| 11/2015 – heute | Universitätsprofessor für ophthalmologische Epidemiologie und neuroretinale Bildgebung und Oberarzt, Universitäts-Augenklinik Bonn, Universität Bonn |
| 06/2018 – heute | President, European Eye Epidemiology Consortium, www.eye-epi.eu . |