

«Myopie-Kontrolle ist viel mehr, als nur ein Brillenglas oder eine Kontaktlinse anzupassen»

Im Gespräch mit dem «Schweizer Optiker» erklärt der Optometrist Dr. Martin Lörtscher, was es mit den verschiedenen Hilfsmitteln auf sich hat und warum Optometrist*innen beim Thema Kurzsichtigkeit in der Pflicht stehen.

Text von Denise Dollinger und Bild von Depositphotos/AllaSerebrina

Herr Lörtscher, die Langzeitstudie «Ocular Health of Children Wearing Daily Disposable Contact Lenses Over a 6-Year Period», die kürzlich im Fachjournal «Contact Lens and Anterior Eye» veröffentlicht wurde, kam zum Schluss, dass sich weiche Einmalkontaktlinsen als Option bereits für Kinder ab acht Jahren eignen. Teilen Sie diese Meinung?

Diese Arbeit hat gezeigt, dass es möglich und auch sicher ist, bei Kindern Kontaktlinsen anzupassen. Dies natürlich mit der Voraussetzung, dass der Anpasser und die Anpasserin ihre Arbeit gut machen. Die Tageskontaktlinse hat den Riesenvorteil, dass sie, da sie einzeln verpackt ist, sauber und hygienisch ist. Die Hygiene ist sehr zentral, weil es sonst zu Entzündungen im Auge kommen kann. Aber Kinder sind aus meiner Erfahrung auch gut trainierbar mit Händewaschen etc. Die aktuelle Corona-Lage zeigt ja, wie gut dies in den Kindergärten und Schulen funktioniert. Die Tageskontaktlinse wird hier postuliert, weil die MiSight-Tageskontaktlinse die einzige für die Myopie-Kontrolle zugelassene ist. Der Hersteller muss sich aus der Praxis immer wieder den Vorwurf gefallen lassen, dass man diese Tageskontaktlinse nicht individuell anpassen kann. Die Sechs-Jahres-Daten zeigen nun klar, dass keine Komplikationen auftreten. Das kann bedeuten, dass die Anpasser*innen eine sehr gute Arbeit geleistet und diese Kontaktlinsen nur an Träger*innen abgegeben haben, bei denen die Form passt. Oder aber die Hygiene dieser Tragemodalität ist hervorragend und darum kam es auch zu keinen schweren Entzündungen.

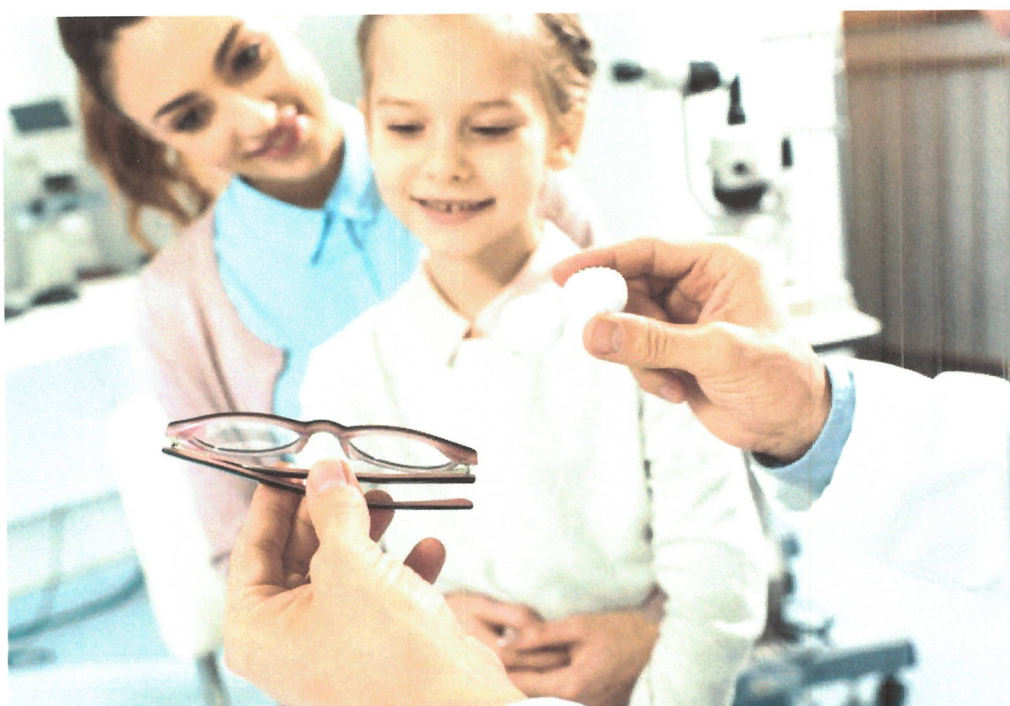
Was gilt es beim Entscheid «Kontaktlinse oder Brille» zu beachten?

Bei der Myopie-Kontrolle gibt es erst seit Kurzem ein Brillenglas, welches gute Daten zeigt. Die Brille hat klar den Vorteil, dass sie die gebräuchliche Art ist, Fehlsichtigkeit zu korrigieren. Da gibt es – egal mit welcher Kontaktlinse sie verglichen wird – kein Risiko einer Infektion. Mit der Brille als Option ist das Spektrum zur Myopie-Kontrolle gewachsen. Was es grundsätzlich zu sagen gibt: Es gibt jeweils drei Akteure – das Kind, die Eltern und der/die Anpasser*in. Jeder der drei ist möglicherweise zurückhaltend beim Thema Kontaktlinsen bei ganz jungen Kindern. Und das aus den unterschiedlichsten Gründen. Der/die Anpasser*in wegen dem Infektionsrisiko, die Eltern wegen der Handhabung, das Kind wegen dem Aufwand. Somit ist es schön, mit der Brille eine Alternative zu haben. Wobei auch hier Abneigungen der Akteure

bestehen können. Bezüglich der wissenschaftlichen Effektivität und der Wirkung sind die Kontaktlinsen der Brille einen Schritt voraus. Bei der Brille muss zuerst noch bewiesen werden, dass sie die Myopie im realen Leben bremsen kann. Dazu gibt es bislang erst zwei Studien.

Ist es denn möglich, Brille und Kontaktlinse kombiniert anzuwenden?

Ja, und das bedeutet einen grossen Vorteil. Je nach Lust kann nun zwischen Kontaktlinse und Brille gewechselt werden, ohne dass es einen Einfluss auf die Myopie-Kontrolle hat. Studiendaten zeigen, dass die optischen Methoden in Bezug auf die Tragezeit eine Dosis Abhängigkeit haben. Das heisst, je länger der optische Input des Kontrollsystems, desto wirksamer. Dies ist



wahrscheinlich auch ein Punkt, weshalb Orthokeratologie-Kontaktlinsen besser wirken als weiche Kontaktlinsen oder eine Brille.

Was genau versteht man unter Myopie-Management?

Myopie-Management bedeutet für mich, eine Korrektur zu tragen, damit man deutlich in die Ferne sehen kann. Ich spreche aber lieber von Myopie-Kontrolle. Dies, weil versucht wird, einzugreifen und das abnorme Längenwachstum des Auges zu bremsen. Es wird also aktiv etwas gemacht, um eine Verschlechterung der Situation zu verhindern. Das ist Kontrolle. Management ist aus meiner Sicht begleiten und zuschauen, wie es schlechter wird. Dass man positiv eingreifen kann und ein gewisses Mass an Kontrolle hat, zeigen die vielen Versuche am Tiermodell. Die Myopie-Forschung besteht schon seit den 1970er-Jahren (die moderne Art davon). Nun schwappt die Welle langsam über zu den Optometrist*innen und den Endverbraucher*innen. Aus diesem Grund ist es aus meiner Sicht eminent wichtig, dass sich alle Optometrist*innen, die das anwenden wollen, in diesem Gebiet auch auskennen. Myopie-Kontrolle ist viel mehr, als nur ein Brillenglas oder eine Kontaktlinse anzupassen.

Und warum ist diese Thematik bei Kindern und Teenagern so zentral?

Kinder und Jugendliche stehen bei diesem Thema im Fokus, weil dies normalerweise das Alter ist, wo die Augen in die Länge wachsen und sich dann die Kurzsichtigkeit bemerkbar macht. Es ist also der Moment, bei dem beim Augenwachstum auf

die Bremse gedrückt werden kann und soll. Wenn das Wachstum abgeschlossen ist und sich die Myopie ausgebildet und stabilisiert hat, kann man die Augen nicht mehr verkürzen beziehungsweise schrumpfen lassen.

Welches sind die Ihnen geläufigsten Probleme in der Schule, wenn Sehprobleme vorliegen? Und wie erkennt man sie?

Nebst der Myopie können in der Schule auch binokulare Probleme bestehen, welche Mühe machen. Diese zeigen sich zum Beispiel durch Leseschwierigkeiten und schnelle Ermüdung. Diese Beschwerden müssen genauso beachtet und wenn nötig mit Brillen korrigiert werden. Beim Vorliegen einer Kurzsichtigkeit ist das unscharfe Sehen an die Wandtafel sicher das eindeutigste Zeichen.

Was weiss man zum Thema Weitsichtigkeit bei Kindern und Jugendlichen?

Weitsichtigkeit ist ein Gebiet, auf dem – im Gegensatz zur Myopie – noch sehr wenig geforscht wird. Die Hyperopie ist in der Jugend kein grosses Thema, da diese durch Akkommodation bis zu einem gewissen Grad selbst ausgeglichen werden kann. Wenn sich dadurch keine asthenopischen Beschwerden ergeben, muss man nichts machen. Ansonsten ist es ratsam, eine Brille oder Kontaktlinsen zu tragen. Die Hyperopie macht sich später im Leben bemerkbar, wenn durch das zunehmende Alter die Akkommodation schwächer wird. Dann braucht es eine Fernbrille und spä-

ter, wie bei uns allen, eine Lesebrille beziehungsweise eine Addition zum Lesen. Bei Kindern mit einer sehr ausgeprägten Hyperopie muss man gut kontrollieren, ob durch die Akkommodation nicht ein akkommodatives Schielen vorliegt oder das Kind langsam in eine Tropie abrutscht.

Kann man das Fortschreiten der Kurzsichtigkeit durch die richtigen Hilfsmittel tatsächlich reduzieren?

Ja. Man kann Kurzsichtigkeit nicht stoppen oder reversibel machen, aber bremsen kann man sie. Das Grundproblem ist, dass wir noch nicht wissen, weshalb die optischen – und auch die pharmakologischen – Mittel eine bremsende Wirkung haben. Daher ist es sehr wichtig, nur Produkte abzugeben beziehungsweise anzupassen, bei denen es Studiendaten gibt, die den Erfolg zeigen. Alles andere ist aus meiner Sicht unzulässig.

Wie meinen Sie das?

Da noch unklar ist, welche Faktoren den Unterschied ausmachen, kann ohne Studienresultate nicht abschliessend verifiziert werden, ob ein Produkt funktioniert oder nicht. Bei der Myopie-Kontrolle gibt man ein «Versprechen» ab und Hoffnung, die Situation zu verbessern. Daher stehen die Optometrist*innen in der Pflicht, diese Verantwortung wahrzunehmen und die Fakten bei den eingesetzten Produkten zu prüfen und gegebenenfalls bei den Lieferanten einzufordern. Gerade weil die Optometrie nun zu den Gesundheitsberufen zählt, ist dies aus ethischer Sicht zwingend. Dieser Wechsel vom Handwerk zum



Martin Lörtscher.

Zur Person

Dr. Martin Lörtscher hat die reguläre Ausbildung in der Schweiz durchlaufen, zuerst mit einer Lehre zum Augenoptiker und danach mit dem Studium an der damaligen SHFA in Olten. Anschliessend, mit ein paar Jahren Berufserfahrung in der Praxis und der optischen Industrie, schloss er das Masterstudium in Vision Science ab und wechselte danach in die Forschung an der Universität von Auckland, Neuseeland. Dort doktorierte er zum Thema der Myopie-Kontrolle. Seit der Rückkehr in die Schweiz arbeitet er bei den Pallas Kliniken in Aarau und der Fachhochschule Nordwestschweiz am Institut für Optometrie.

Gesundheitsberuf verlangt eine erhöhte Sensibilität und ein Verantwortungsbewusstsein von uns allen, die diesen Beruf ausüben. Selbstverständlich nicht nur in der Myopie-Kontrolle, dies gilt für unsere gesamte Arbeit.

Was können Optometrist*innen tun, um die Eltern/Kinder/Jugendlichen zu unterstützen?

Informieren ist der erste Schritt, aber keine Panik erzeugen. Wir sind in Europa immer noch weit weg von den asiatischen Verhältnissen, wo kurzsichtig zu sein das neue «Normale» ist. Nichtsdestotrotz: Wenn ein Kind und seine Eltern bei einer progressiven Myopie Rat suchen, dann gilt es eine korrekte Abklärung und Aufklärung zu machen. Dazu gehört auch die Messung der Augenlänge. Weil dies ist der Faktor, welchen wir unter Kontrolle bringen wollen. Diese Basismessung dient dann später zur Kontrolle, ob die erbrachte Kontrollstrategie wirksam ist oder nicht.

Und was, Herr Lörtscher, bringt die Zukunft?

Ich hoffe, in der Zukunft werden die Hersteller von Kontaktlinsen, Brillen und auch Sehtraining-Anbieter Daten liefern, die zeigen, dass ihre Produkte eine bremsende Wirkung auf die progressive Myopie haben. Momentan gibt es viele Versprechungen und Werbeslogans, aber wenig Daten, die den Effekt untermauern. Ich bin überzeugt, dass mit weiteren Ergebnissen aus der Forschung gerechnet werden kann und sich dadurch die Optionen zur Myopie-Kontrolle erweitern werden. Sobald, vielleicht in ein paar Jahren, der Mechanismus erkannt ist, wie das Auge das Wachstum regulieren kann, werden die Therapien auch gezielter geplant werden.

Gibt es noch etwas zu ergänzen?

Die Myopie-Kontrolle zeigt auf, wie weit gefächert das Wissen in der Optometrie sein muss. Es reicht nicht aus, einfach ein Brillenglas zu verkaufen oder eine Packung

Kontaktlinsen, auf der «Myopie-Kontrolle» aufgedruckt ist, über den Tresen zu schieben. Um die Myopie-Kontrolle zu verstehen und insbesondere anzuwenden, braucht es gutes Wissen in Anatomie und der Physiologie des Auges und dazu die Kernkompetenzen unseres Berufs, die subjektive Refraktion mit allen Facetten und Techniken und die Kunst der Kontaktlinsenanpassung zu beherrschen. Die Kombination aus all dem ist nötig, um die Myopie-Kontrolle verantwortungsvoll, sicher und evidenzbasierend anzubieten und dadurch die jungen Kunden auf dem Weg der refraktiven Entwicklung professionell zu betreuen.