

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

ich begrüße Sie zum sechsten Newsletter des Aktionsbündnisses in diesem Jahr, der gleichzeitig mein letzter ist. Ich habe wieder einige Beiträge für Sie ausgewählt, die hoffentlich Ihr Interesse finden, auch wenn sie teilweise ziemlich lang geraten sind.

So geht es um neue Therapieansätze zur Behandlung der trockenen Altersabhängigen Makuladegeneration (AMD), um den Lichtbedarf, der im Alter steigt, und um das Älterwerden, die typischen Folgen für das Sehen und die Bedeutung regelmäßiger Augenarztbesuche.

Berichtet wird auch über das virtuelle AMD-Netz-Forum am 18. November und über ein Rechtsgutachten, das die BAGSO zum Thema Verpflichtungen der Kommunen zur Gewährleistung von Mindeststandards im Bereich der Altenhilfe in Auftrag gegeben hat.

Ich wünsche Ihnen eine interessante Lektüre.

Inhalt

1. Altersabhängige Makuladegeneration - Zukunft liegt in individualisierter Therapie..... 2
2. Mit den Jahren steigt der Lichtbedarf 6
3. Sehen im Alter: Regelmäßige Arztbesuche sind wichtig 8
4. Forum zum Thema „Aufklärungskampagne bei AMD: ein mögliches Kooperationsprojekt?“ 12
5. Rechtsgutachten: Kommunen müssen offene Altenarbeit sicherstellen 13

1. Altersabhängige Makuladegeneration - Zukunft liegt in individualisierter Therapie

Pro Retina Deutschland e. V. veröffentlicht im Forschungsnewsletter am 09.11.2022 ein längeres und informatives Interview mit Professor Peter Szurman, Chefarzt der Augenklinik Sulzbach am Knappschaftsklinikum Saar, zum Thema Therapien und Therapie-Optionen bei der Altersbedingten Makuladegeneration (AMD). Die Rolle des Komplementsystems, die ersten Wirkstoffe gegen geografische Atrophie, Brolicizumab und längere Behandlungsintervalle – neue Entwicklungen bei Diagnose und Therapie der AMD.

Die Redaktion des Forschungsnewsletters hat das Interview leicht gekürzt und mit Erklärungen zu den Fachbegriffen versehen.

Fragen und Antworten

Inwiefern hat die multimodale Bildgebung (verschiedene bildgebende Verfahren) das Verständnis für die pathophysiologischen Abläufe bei der Entstehung und Entwicklung der AMD verbessert?

Prof. Dr. Peter Szurman: AMD ist nicht gleich AMD. Wir wissen inzwischen sehr viel über die verschiedenen Subtypen, die zu differenzieren wichtig sind. Die multimodale Bildgebung erlaubt uns diagnostisch aus verschiedenen Blickwinkeln auf die AMD zu schauen und sie besser zu charakterisieren. So erhalten wir Zusatzinformationen, die uns eine genauere Beurteilung des Subtyps und der Pathophysiologie erlauben, was dann auch prognostisch relevant ist.

Ein gutes Beispiel ist die Differenzierung von Drusen (Ablagerungen unterhalb der Netzhaut). Mit der multimodalen Bildgebung können wir retikuläre Pseudodrusen (netzartige Drusen) von normalen Drusen unterscheiden. Das ist wichtig, denn retikuläre Pseudodrusen haben ein höheres Risiko für die Ausbildung z.B. einer geographischen Atrophie (GA, Spätform der trockenen AMD) und für die Entwicklung einer Choroidalen Neovaskularisation (CNV, feuchte AMD).

Ein anderes Beispiel ist die Differenzierung einer Pigmentepithelabhebung (PEA). Die Fluoreszenzangiographie bei PEA bleibt häufig unklar, vor allem was die Größe und die Grenzen der PEA betrifft. Umgekehrt ist die alleinige Optische Kohärenz-Tomografie (OCT) oft unklar, weil nicht sicher differenziert werden kann zwischen seröser (mit Flüssigkeitsaustragung) und vaskularisierter (gut durchbluteter) PEA. Hier helfen mehrere unterschiedliche Diagnoseverfahren sehr.

Welche Rolle spielt das Komplementsystem bei der Entstehung einer AMD?

Die Bedeutung eines dysregulierten Komplementsystems beim Fortschreiten der AMD ist inzwischen unbestritten. Ein dysreguliertes Komplementsystem ist

jedoch nicht alleiniger Auslöser der GA, aber aggressiv verlaufende Phänotypen sind mit Komplement-Polymorphismen (dem Auftreten mehrerer Genvarianten) assoziiert. Die AMD wird hierdurch in einem inflammatorischen, entzündlichen Erscheinungsbild (Phänotyp) umgewandelt, der den neurodegenerativen Prozess und insbesondere das GA-Wachstum beschleunigt. Die Bedeutung des Komplementsystems zeigt sich auch bei anderen Risikofaktoren für die trockene AMD, z.B. aktiviert Rauchen das Komplementsystem. Dies zeigt die zentrale Bedeutung der entzündlichen Komplementkaskade für die trockene AMD und der geographischen Atrophie als Spätform.

In diese Kaskade greifen die neuartigen Komplementfaktor-Hemmer ein, die die Aktivierung von Entzündungsmediatoren und die Bildung von Membranangriffskomplexen (MAC) verringern sollen. Dieser Wirkungsmechanismus könnte möglicherweise die Degeneration von retinalen Pigmentepithelzellen (RPE) und Photorezeptoren deutlich verlangsamen, was die potenzielle therapeutische Grundlage bei der trockenen AMD darstellt.

Am Komplementsystem setzen die beiden Wirkstoffe Pegcetacoplan und Avacincaptad an, zu denen gerade Studien laufen. Sie sollen als erste Therapien für geografische Atrophie zum Einsatz kommen. Was ist hier der aktuelle Stand?

Pegcetacoplan von Apellis steht in den USA möglicherweise kurz vor der Zulassung. Die amerikanische Zulassungsbehörde FDA hat sogar einem beschleunigten Verfahren zugestimmt, was dafürspricht, dass die Datenlage in Bezug auf die Wirksamkeit als aussichtsreich gewertet wird. Es handelt sich um einen C3-Inhibitor. Nach den bisher publizierten Daten ist zwar nicht von einer revolutionären Wirkung auszugehen, das Medikament erscheint aber insbesondere spannend für Patienten mit einer sogenannten fovealen Aussparung. Dabei wird der Abbau der Stelle des schärfsten Sehens (Fovea) zunächst im Degenerationsprozess ausgespart, die Fovea selbst ist dann oft erst im Spätstadium vollständig von der trockenen AMD erfasst. Diese Patienten profitieren 2-3 mal so viel wie andere Subgruppen.

Avacincaptad (Zimura) ist dagegen ein C5-Inhibitor, wirkt also weiter unten in der Komplementkaskade. Hierzu sind weniger Daten bekannt. Die Phase III Studie wurde vor wenigen Wochen erfolgreich abgeschlossen, aber die Daten noch nicht bei der FDA eingereicht, so dass noch keine abschließende Bewertung vorliegt. Nach den vorläufigen Daten könnte Avacincaptad etwas besser wirksam sein als Pegcetacoplan, wenngleich die Einschlusskriterien der jeweiligen Studien nicht vergleichbar waren. Für Avacincaptad ist in Zukunft ein Port Delivery System (permanentes, nachfüllbares Augenimplantat) für eine langfristige kontrollierte Freisetzung geplant. Dies ist gerade für Medikamente gegen die trockene AMD wichtig. Denn wir können unseren Patienten keine Verbesserung, sondern nur eine Verlangsamung der Progression in Aussicht stellen. Deshalb müssen wir von einer geringeren Therapieadhärenz (Einhaltung des Behandlungsplans) der Patienten ausgehen als bei der anti-VEGF Therapie,

die den Therapieerfolg für den Patienten spürbarer macht und sie für häufige IVOMs (Spritzen in den Glaskörper) besser motiviert.

Für uns Kliniker ist wichtig zu wissen, dass beide Medikamente eine CNV-Entwicklung (feuchte AMD) befördern können. Diese spricht immerhin auf eine anti-VEGF-Therapie an. Auch andere Beobachtungen deuten darauf hin, dass alles mit allem verknüpft ist.

Wie sieht es mit Gentherapien bei AMD aus?

Anders als bei erblichen Netzhauterkrankungen ist die Gentherapie der AMD schwieriger. Denn die AMD ist keine monogenetische Erkrankung. Es ist wichtig zu verstehen, dass bestimmte, rasch fortschreitende Phänotypen der Geografischen Atrophie (GA) zwar mit einem Komplement-Polymorphismus (dem Auftreten von Genvarianten), aber nicht mit einer eindeutigen genetischen Abweichung (Deviation) assoziiert sind. Das erschwert auch einen zielgerichteten Ansatz für eine Gentherapie. Für bestimmte Subtypen der AMD gibt es jedoch mehrere gentherapeutische Ansätze:

Zur Behandlung der GA bei trockener AMD wird derzeit in der Gyroscope-Studie die subretinale Gentherapie mit dem Komplementfaktor I (CFI)-Gen untersucht. Dabei werden nur solche Patienten eingeschlossen, bei denen eine seltene Deviation des CFI Gens vorliegt. Tatsächlich führt die subretinale Injektion des Vektors bei der Mehrheit der Patienten zu einem nachhaltigen Anstieg des Levels von CFI im Glaskörper sowie zu einem Rückgang der nachgeschalteten Komplementproteine, die mit einer Überaktivierung des Komplementsystems in Verbindung gebracht werden. Allerdings hat die Gyroscope-Studie auch gezeigt, dass die erwartete Häufigkeit der CFI-Deviation von 2-3% aller GA-Patienten wohl zu optimistisch geschätzt war.

Auch zur Behandlung der neovaskulären AMD ("feuchte" AMD) gibt es gentherapeutische Ansätze: Derzeit befinden sich zwei Gentherapeutika in der klinischen Erprobung. Diese werden mittels modifizierter AAV-Vektoren - also Adeno-assoziierten Viren - injiziert und kodieren für Proteine, die etablierten anti-VEGF Antikörpern sehr ähnlich sind. ADVM-022 (Adverum Biotechnologies) produziert Aflibercept nach einer intravitrealen Injektion, und RGX-314 (Regenxbio) produziert Ranibizumab nach subretinaler oder suprachoroidaler (unter der Netzhaut bzw. über der Aderhaut) Verabreichung.

Dieser Ansatz zielt also auf die Etablierung einer intrazellulären Biofabrik, damit retinale Zellen ihren anti-neovaskulären Wirkstoff selbst produzieren und somit eine dauerhafte VEGF-Inhibition erreichen. Beide Gentherapeutika konnten erfolgreich Phase 1-Studien der FDA durchlaufen und befinden sich in den USA derzeit in aktiv rekrutierenden klinischen Phase 2 -Studien.

Brolucizumab ist in Deutschland seit März 2020 zugelassen. Was bedeutet das für die Therapie der neovaskulären AMD?

Brolucizumab ist ein aussichtsreiches Medikament vorwiegend für die Behandlung therapierefraktärer Patienten. In unserem Makulazentrum gibt es

tatsächlich einige sogenannte Low-Responder (reagieren nicht ausreichend auf angewandte Therapie), die nach einem Wechsel auf Brolucizumab sehr gut eingestellt sind, so dass die Makula nach langer Zeit wieder vollständig trocken ist. Es erlaubt auch ein längeres Dosierungsintervall. Männer haben dabei einen Vorteil um den Faktor 2-3 gegenüber Frauen. Der limitierende Faktor sind seltene schwere Nebenwirkungen wie intraokulare Entzündungen und Gefäßverschlüsse, die vielfach beschrieben sind und die auch wir in unserem Makulazentrum sehen. Ursächlich für die thromboembolischen Ereignisse ist eine immunologisch-getriggerte Thrombozytenaggregation. Deshalb wirken Thrombozytenaggregationshemmer vermutlich protektiv, wobei die Evidenz (nachgewiesener Zusammenhang) noch dürftig ist.

Bezüglich des Risikos muss man differenzieren. Das Risiko betrifft vorwiegend Frauen, und vorwiegend solche, bei denen Brolucizumab in kurzen Abständen gegeben wurde. Deshalb sollte auch das Behandlungsintervall länger gewählt werden.

Der ideale Patient ist männlich, nimmt bereits einen Gerinnungshemmer, und wurden längere Zeit mit einem anderen Medikament vorbehandelt, das nicht mehr ausreichend wirkt und persistierende intraretinale Flüssigkeit aufweist. Hier ist eine Umstellung auf eine sparsame Brolucizumab-Therapie mit 2-3 monatigen Behandlungsintervallen möglich und kann für Non-Responder segensreich sein.

Generell ist das Konzept eines verlängerten Dosierungsintervalls die Zukunft, denn die Therapieadhärenz, also die Mitarbeit der Patienten bzw. Therapietreue, steigt, wenn die Patienten zwischen den Behandlungen auch längere Ruhephasen haben.

Hier ist Faricimab (Roche) ein weiterer aussichtsreicher Kandidat. Es handelt sich um einen biphasischen Antikörper, der über VEGF und Angiopoietin-2 auf zwei verschiedene Signalwege abzielt. Die Phase III Studie zeigte, dass Faricimab bei gutem Sicherheitsprofil die Behandlungslast für Patienten mit neovaskulärer AMD bei gleicher Wirksamkeit signifikant reduzieren kann: Etwa 70% aller Studienpatienten kam mit einem 12 oder 16-wöchigen Rhythmus aus, nur ca. 30% benötigten einen 8-wöchigen Rhythmus.

Es ist also erstmals möglich das Behandlungsintervall bei einem Großteil der Patienten auf bis vier Monate auszudehnen, bei gleicher Wirksamkeit und Sicherheit im Vergleich zu bisherigen Standardtherapien mit deutlich höherer Behandlungslast. Das hat das Potential sich langfristig durchzusetzen. In den USA wurde Faricimab bereits über 150.000-mal injiziert, ohne dass Sicherheitsbedenken in der Real Life Anwendung (bei der Anwendung außerhalb von Studien) aufkamen. Die europäische Zulassung der EMA wurde soeben erteilt.

Die Augenklinik Sulzbach beteiligt sich auch an der PDS Velodrome Studie zum Port Delivery System mit Ranibizumab. Wie sind Ihre Erfahrungen mit diesem System?

Die neovaskuläre AMD ist eine chronische Erkrankung, die langfristig eine intensive Behandlung mit hoher Injektionsfrequenz erforderlich macht. Dies führt zu einer hohen Behandlungslast für Patienten und Angehörige. Patientenkarrieren mit 50, 70 und sogar 100 Injektionen sind heute keine Seltenheit, und der Wunsch nach länger wirksamen Alternativen entsprechend groß.

Hier setzt das Port-Delivery-System (PDS) an, ein permanentes, nachfüllbares Augenimplantat, das in das Auge eingebracht wird und kontinuierlich Ranibizumab in das Auge abgibt. Es wird in festen 24 oder 36-wöchigen Abständen mit Ranibizumab 100 mg/ml nachgefüllt.

In der Phase IIIa-Studie führte das PDS-Implantat zu 5-mal weniger Ranibizumab-Behandlungen und hatte zudem ein günstiges Nutzen-Risiko-Profil. Das Konzept zur Reduktion der Behandlungslast durch verlängerte Behandlungsintervalle scheint aufzugehen: Die Patientenzufriedenheit mit PDS war in der Studie mit 90% sehr hoch.

In Deutschland wurde der Start der Phase IIIb-Studie aus regulatorischen Gründen verschoben. Aber die vorbereitende Studien-Rekrutierung läuft bereits.

Was bedeutet das für die Zukunft?

Diese Beispiele zeigen sehr gut, dass die Zukunft der AMD-Behandlung in einer individualisierten Therapie liegt, die für Dutzende von Subgruppen jeweils spezifische Therapieansätze bereithält. Diese Verlagerung - weg von einem Medikament, hin zur zielgerichteten, individualisierten Therapie - ist für unsere Patienten eine gute Nachricht, wird für uns Augenärzte jedoch mehr Aufwand bedeuten. Dieser ist es jedoch Wert, weil die Behandlungslast für unsere Patienten geringer und der therapeutische Nutzen zielgerichteter sein wird."

Quelle: eyefox.com vom 07.11.2022

2. Mit den Jahren steigt der Lichtbedarf

In seiner Pressemeldung vom 22.11.2022 informiert die Brancheninitiative Licht.de über die Bedeutung des Lichts aus Sicht eines älteren Menschen und gibt wichtige Hinweise.

"Schon ab Mitte 30 brauchen viele Menschen mehr Licht – und wissen es nicht (licht.de) Dass mit dem Alter die Sehkraft nachlässt, ist bekannt. Weit weniger verbreitet ist das Wissen, wie früh dieser Prozess beginnt. Schon ab 30 Jahren geht es langsam los: Farb- und Tiefenwahrnehmung lassen nach, und bei Helligkeitsunterschieden dauert die Anpassung länger. Um gut zu sehen, hat ein

Fünzigjähriger bereits einen mehr als dreimal so hohen Lichtbedarf wie ein Zwanzigjähriger. Höhere Beleuchtungsstärken am Arbeitsplatz und zu Hause helfen, die schwächere Sehleistung auszugleichen, rät die Brancheninitiative licht.de.

Für gute Sicht muss gerade in Zeiten der Energieknappheit zu Hause nicht rund um die Uhr „Festbeleuchtung“ eingeschaltet sein. Aber für bestimmte Tätigkeiten sollten Lichtquellen mit höheren Beleuchtungsstärken zur Verfügung stehen – etwa für die Arbeit im Homeoffice, am Spiegel im Bad oder in der Küche, um Unfälle mit scharfen Messen und heißen Pfannen zu vermeiden. Ideal ist eine dimmbare Beleuchtung für ein gutes Arbeits- oder Putzlicht und eine behagliche Lichtatmosphäre am Abend.

Keine Blendung

Das ältere Auge ist blendungsempfindlicher. So werden leicht Hindernisse übersehen und die Gefahr zu stürzen steigt. Hochwertige Leuchtenabdeckungen und ein hoher Anteil indirekter Beleuchtung mindern Blendung. Beim Wechsel von Hell zu Dunkel brauchen die Augen mit zunehmendem Lebensalter länger, um sich anzupassen (Adaptation).

Ergonomisch arbeiten

Um bei der Arbeit Farben richtig zu erkennen, braucht es Lichtquellen mit sehr guter Farbwiedergabe (mindestens Ra 80). Für die Arbeitsplätze älterer Mitarbeiter empfiehlt die Arbeitsstättennorm DIN EN 12464-1 höhere, modifizierte Werte. Sie lassen sich recht einfach mit zusätzlichen Schreibtisch-, Arbeitsplatz- oder Stehleuchten nachrüsten. Gutes Lichtdesign plant diese Anforderungen von Beginn an ein. Mit einer Lichtsteuerung wird die Planung energieeffizient umgesetzt. Ein Beispiel: Sind in einem Büro mit mehreren vernetzten Stehleuchten nicht alle Arbeitsplätze besetzt, dimmen sich die temporär nicht benötigten Leuchten auf ein weniger helles, indirektes Licht. So entstehen keine zu großen Helligkeitsunterschiede und Mitarbeitende können sich immer noch gut orientieren.

Ganz nebenbei den Biorhythmus stärken

Wer zu Hause Leuchten und Leuchtmittel mit mehreren Einstellungen für Helligkeit und Lichtfarbe hat, kann damit auch seinem Biorhythmus etwas Gutes tun. Helles, kühles Licht am Morgen bringt den Körper in Schwung und gedimmtes rötliches Licht gegen Abend lässt ihn zur Ruhe kommen. So wird die innere Uhr getaktet, das Wohlbefinden steigt und der Nachtschlaf kann sich verbessern.

In Arbeitsstätten steuert das Lichtmanagementsystem diese und weitere Parameter für eine Beleuchtung mit visuellen, biologischen und emotionalen Lichtwirkungen ganz automatisch. Das integrative Lichtkonzept dahinter heißt Human Centric Lighting (HCL). Davon profitieren besonders ältere Mitarbeiter: Weil durch die Trübung der Linsen mit der Zeit immer weniger Licht ins Auge

gelangt, fällt bei ihnen die positive, lichtbedingte Aktivierung der biologischen Prozesse im Körper schwächer aus.

Quelle: <https://www.licht.de/de/presse/pressemeldungen/einzelansicht/mit-den-jahren-steigt-der-lichtbedarf>

3. Sehen im Alter: Regelmäßige Arztbesuche sind wichtig

Ich habe auf der Website Gesund leben vielseitige Informationen gefunden, die wir veröffentlichen möchten.

gesund.bund.de - ein Service des Bundesministeriums für Gesundheit - hat den Anspruch, wissenschaftlich gesicherte Gesundheitsinformationen von durchgängig hoher Qualität zu bieten. Hierfür arbeitet die Redaktion mit ausgewählten wissenschaftlichen Einrichtungen zusammen.

"Schlechteres Sehen im Alter gehört häufig zum Alterungsprozess dazu. Daher sind regelmäßige Besuche beim Augenarzt wichtig, um Augenerkrankungen auszuschließen, die zu Sehbehinderung und Erblindung führen. Frühzeitig erkannt, lassen sie sich behandeln und unter Umständen heilen.

Beratungsangebote, Sehhilfen, Hilfsmittel und Umgestaltungen des Wohnraums können helfen den Alltag bei Sehproblemen zu erleichtern.

Auf einen Blick

- Wenn das Sehen im Alter in der Nähe schlechter wird, handelt es sich oft um Alterssichtigkeit. Aber auch Augenkrankheiten nehmen zu.
- Regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen beim Augenarzt sind wichtig, um Augenkrankheiten frühzeitig zu erkennen, rechtzeitig zu behandeln und damit mögliche Sehbehinderungen und Erblindung zu vermeiden.
- Umgestaltungen im Wohnumfeld und eine breite Palette an Hilfsmitteln helfen älteren sehbehinderten Menschen ein möglichst selbstständiges Leben zu führen.
- Ein großes Netzwerk aus Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen bietet Rat und Unterstützung.

Hinweis: Die Informationen dieses Artikels können und sollen einen Arztbesuch nicht ersetzen und dürfen nicht zur Selbstdiagnostik oder -behandlung verwendet werden.

Wie verändert sich das Sehen im Alter?

Dass sich das Sehen in der Nähe mit zunehmendem Alter verschlechtert und eine Lesebrille hierfür nötig wird, ist bis zu einem gewissen Grad ein normaler Prozess. Sollte die Sehschärfe des Auges auch mit der richtig eingestellten Brille nachlassen oder sich die Farbwahrnehmung sowie die Blend- und Kontrastempfindlichkeit verschlechtern, spricht dies für einen beginnenden [Grauen Star](#).

Auch andere Augenkrankheiten nehmen im Alter zu und können zu ernsthaften Sehproblemen bis hin zu Sehbehinderungen und Blindheit führen. Regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen beim Augenarzt und Maßnahmen zur Früherkennung tragen dazu bei, diese Augenerkrankungen rechtzeitig zu erkennen und zu behandeln.

Trotz zunehmender Einschränkungen ist ein weitgehend selbstbestimmtes Leben für ältere Menschen möglich. Individuell angepasste Sehhilfen, ärztliche Behandlung des Auges, Hilfsmittel für den Alltag – beispielsweise Haushaltsgeräte mit Sprachausgabe und Vorlesegeräte – und Umgestaltungen im Wohnumfeld tragen dazu bei. Ein großes Netzwerk aus Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen bietet Rat und Unterstützung.

Warum sind regelmäßige Besuche beim Augenarzt im Alter wichtig?

Wenn das Sehen in der Nähe im Alter schlechter wird, handelt es sich in den meisten Fällen um [Alterssichtigkeit](#). Diese normale Fehlsichtigkeit betrifft jeden Menschen spätestens ab dem 50. Lebensjahr und kann durch Brillen oder Kontaktlinsen ausgeglichen werden. Da die Anpassungsfähigkeit der Linse für das Sehen in der Nähe stetig nachlässt, ist es wichtig die Sehhilfen regelmäßig anpassen zu lassen.

Auch andere meist altersbedingte Veränderungen, wie beispielsweise der [Graue Star \(Katarakt\)](#) können durch operative Eingriffe gut behandelt werden. Außerdem sind regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen wichtig, um weitere Erkrankungen am Auge auszuschließen. Unbehandelt können diese zu Sehbehinderungen und Blindheit führen.

In Deutschland sind dafür überwiegend drei Krankheiten verantwortlich:

- die altersbedingte [Makuladegeneration \(AMD\)](#)
- der [Grüne Star \(Glaukom\)](#)
- Schädigungen der Netzhaut durch [Diabetes mellitus](#) (diabetische Retinopathie)

Werden diese Erkrankungen frühzeitig erkannt, lässt sich ihr Fortschreiten weitgehend vermeiden und eine zunehmende Sehbehinderung oder Erblindung kann unter Umständen verhindert werden.

Warum werden Sehprobleme im Alter zum Risiko?

Sehprobleme und Sehbehinderungen können die Lebensqualität älterer Menschen erheblich einschränken: Gutes Sehen ist nicht nur wichtig, um ein selbstständiges Leben zu führen, in Bewegung zu bleiben oder Informationen und Eindrücke aufzunehmen, sondern auch, um zwischenmenschliche Kontakte zu pflegen.

Folgen des Sehverlusts können Vereinsamung und [Depressionen](#) sein. Außerdem ist schlechtes Sehen oft mitverantwortlich, dass [ältere Menschen häufiger stürzen](#) und Medikamente falsch einnehmen. Es ist daher wichtig sich beraten zu lassen und gut angepasste Sehhilfen in Anspruch zu nehmen.

Augenärztinnen und Augenärzte, Optikerinnen und Optiker sowie Beratungsstellen sind hier die richtigen Ansprechpartner.

Was sind geeignete Hilfen bei Sehproblemen?

Zusätzlich zu einer augenärztlichen Behandlung können Anpassungen im Wohnumfeld und optische und elektronische Hilfsmittel den Alltag erleichtern und zu einem selbstbestimmten Leben im Alter beitragen – auch wenn das Sehvermögen stark eingeschränkt ist.

Mit wenigen Handgriffen lässt sich das eigene Wohnumfeld leicht an das Sehvermögen älterer Menschen anpassen. Wichtig ist beispielsweise eine gute Beleuchtung, die viel indirektes Licht abgibt und nicht blendet. Klare Farben und kräftige Kontraste tragen zu einer höheren Sicherheit und zum Schutz vor Unfällen bei.

Sollten individuell angepasste Brillen oder Sehhilfen wie Lupen und Lupenbrillen nicht mehr ausreichen, helfen Bildschirmlesegeräte und andere praktische Hilfsmittel für alltägliche Dinge: Telefone mit großen Tasten und Sprachausgabe, sprechende Uhren und Waagen und eine Vielzahl anderer Hilfen für Haushalt, Hobby und den Medizin- und Gesundheitsbereich.

Wichtig zu wissen: Optische Sehhilfen wie Brillen, Kontaktlinsen oder Lupenbrillen sollten Sie von einer geschulten Fachkraft speziell auf Ihre Bedürfnisse anpassen lassen.

Wer berät bei Sehproblemen im Alter?

Wenn die Augen nachlassen, stellt das besonders ältere Menschen vor eine große Herausforderung. Oft kommen noch weitere gesundheitliche Probleme hinzu und erschweren ein selbstständiges Leben. Neben der augenärztlichen Behandlung sind deshalb Beratung und Unterstützung wichtig, um sich besser an die neuen Lebensbedingungen anpassen zu können.

Viele Betroffene zögern nach Hilfe zu fragen, weil sie befürchten, als schwach dazustehen oder jemandem zur Last zu fallen. Sich nach langen Jahren der Selbstständigkeit einzugestehen, dass man nun auf Hilfe angewiesen ist, kann aber als Zeichen der besonderen Stärke gesehen werden. Sollten nahestehende Personen den Hilfebedarf nicht allein stemmen können, gibt es viele Möglichkeiten zur weiteren Unterstützung.

Deutschlandweit bieten Beratungsstellen und Selbsthilfeorganisationen Rat und Orientierung zu finanziellen Hilfen, Sachleistungen und Hilfsmitteln. Sie geben praktische Tipps für das tägliche Leben, der Gestaltung des Wohnumfelds, Mobilität und Freizeit und vermitteln bei Bedarf psychosoziale Unterstützung. Auch Angehörige und Freunde können sich beraten lassen. In Selbsthilfegruppen tauschen sich Betroffene aus und geben ihre Erfahrungen weiter, wie man mit der neuen Lebenssituation umgehen kann.

Was sind Anzeichen für Sehverlust?

Es gibt verschiedene Anzeichen dafür, dass ältere Menschen schlechter sehen. Bei sehr alten Menschen, so zeigen Erfahrungen, kann es hin und wieder zu irritierenden und wechselnden Verhaltensweisen kommen, da sich Augenkrankheiten beispielsweise durch die bestehenden Lichtverhältnisse unterschiedlich auswirken und auch die Tagesform der betroffenen Person eine Rolle spielen kann:

Fortbewegung

Betroffene bewegen sich eventuell zögerlich, stolpern häufiger, schrecken zusammen, wenn sie unvermittelt angesprochen werden. Sie meiden unter Umständen Spaziergänge bei Sonnenschein oder in der Dämmerung.

Orientierungsprobleme

Betroffene Personen bewegen sich beispielsweise unsicher auch in bekannter Umgebung, irren sich bei Uhrzeit oder Datum und greifen öfter daneben. Sie können Unsicherheit beim Wechsel von Hell nach Dunkel zeigen und umgekehrt.

Ungewohntes Aussehen

Betroffene tragen unter Umständen fleckige oder nicht zusammenpassende Kleidung, wirken unordentlich oder ungekämmt. Der Wohnraum ist eventuell nicht mehr so sauber wie vorher üblich.

Auffällige Augen- oder Kopfbewegung

Betroffene Personen halten sich oft Gegenstände und Texte dicht vor die Augen. Eventuell können sie sich nicht richtig auf einen Gegenstand oder ein Gegenüber fokussieren und blicken daran vorbei. Sie halten unter Umständen den Kopf schief und kneifen ein oder beide Augen zusammen. Die Augen können tränen oder schmerzen, gerötet oder verklebt sein.

Veränderung des Verhaltens

Betroffene lassen beispielsweise Dinge öfter fallen oder stoßen sie um und sind auch öfter auf der Suche nach etwas. Sie können Desinteresse an gewohnten Tätigkeiten zeigen und ziehen sich allgemein eher zurück. Unter Umständen reagieren sie gar nicht, verändert oder misstrauisch auch gegenüber vertrauten Personen und Situationen.

Wichtig zu wissen: Einige dieser Verhaltensweisen können auch Anzeichen für eine Demenz sein. Neben der augenärztlichen Untersuchung sollte auch die Hausärztin oder der Hausarzt mit einbezogen werden.

Sehende Menschen sind meistens hilfsbereit, aber unsicher, ob diese Hilfe immer willkommen ist. Auf der anderen Seite vergessen sie, dass Blinde und Sehbehinderte ihnen nicht immer folgen können, wenn sie in gewohnter Weise reden und gestikulieren.

Der [Deutsche Blinden- und Sehbehindertenverband e.V.](#) bietet vielerlei praktische Tipps zum Umgang mit sehbehinderten und blinden Seniorinnen und Senioren.

Quelle: <https://gesund.bund.de/sehen-im-alter#informationen-fuer-angehoerige>

4. Forum zum Thema „Aufklärungskampagne bei AMD: ein mögliches Kooperationsprojekt?“

Das gemeinnützige AMD-Netz hat sich bei seiner letzten Netzwerkveranstaltung eines großen Themas angenommen. Die rund 30 Teilnehmer diskutierten darüber, ob und wie eine Aufklärungskampagne zur AMD im Verbund umgesetzt werden könnte. Ein Gastvortrag der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe machte Mut, sich gemeinsam für diese Aktion stark zu machen.

Manche Projekte können einzelne Organisation nicht alleine stemmen. Dazu braucht es den Zusammenschluss vieler engagierter Personen, die gemeinsam an einem Strang ziehen. Das AMD-Netz hat daher am 18.11.2022 zu einem Online-Forum mit dem Thema „Aufklärungskampagne zur AMD: ein mögliches Kooperationsprojekt?“ eingeladen. Von Netzwerkpartnern in der Vergangenheit auch politisch bereits gefordert, wäre dies eine sinnvolle Maßnahme, die AMD als chronische Augenerkrankung und Volkskrankheit in der Allgemeinbevölkerung bekannter zu machen. Prävention, Früherkennung, Sehverlust im Alter, Rehabilitation und Barrierefreiheit sind eng verknüpfte Bereiche, derer sich eine solche Kampagne annehmen müsste. Eins haben alle bereits durchgeführten Aktivitäten der einzelnen Partner im Netzwerk nämlich gemeinsam: Das Ziel, Menschen mit Augenerkrankungen und Sehverlust bestmöglich zu unterstützen. Die Erkrankung AMD ist wenig bekannt, obwohl so viele Menschen in Deutschland daran leiden. Auch Hilfen und Angebote sind in der Bevölkerung und bei den Betroffenen oftmals nicht präsent.

Nach einer Einführung in die Thematik stellte Sylvia Strothotte, stellvertretende Vorstandsvorsitzende der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe, die Jubiläumskampagne der Stiftung vor, die von der Agentur TERRITORY konzipiert wurde. Dieses lebendige und starke Beispiel zeigte auf, was mit guter Planung und kreativen Ideen erreicht werden kann.

Im Anschluss fanden sich die Teilnehmer in kleinen Gruppen zusammen, um erste Gedanken über die Konzeption einer Kampagne zu diskutieren. Das Ergebnis des Forums: Die Wichtigkeit einer Aufklärungskampagne wurde von den Teilnehmern einstimmig bestätigt, die Bereitschaft für ein gemeinsames Projekt ist generell vorhanden. Das AMD-Netz freut sich, die nächsten Schritte mit dem „Arbeitskreis AMD Aufklärungskampagne“, kurz A³, Anfang 2023 zu planen. Interessierte, die nicht am Forum teilgenommen haben, können sich gerne melden (info@amd-netz.de)

Vorträge der Veranstaltung finden Sie hier:
<https://amd-ansicht.de/12-amd-netz-forum/>

Das Aktionsbündnis "Sehen im Alter" begrüßt diese Initiative. Es ist als interdisziplinäres bundesweites Netzwerk geradezu prädestiniert, bei dieser Kampagne mitzuwirken.

5. Rechtsgutachten: Kommunen müssen offene Altenarbeit sicherstellen

In ihrer Pressemeldung vom 29.11.2022 ruft die BAGSO Bund und Länder zum Handeln auf.

Kreisfreie Städte und Landkreise sind verpflichtet, ein Mindestmaß an Beratung und offenen Hilfsangeboten für ältere Menschen zu gewährleisten. Das ist das Ergebnis eines Rechtsgutachtens, das die BAGSO – Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen in Auftrag gegeben hat. Geprüft wurde, welche Verpflichtungen sich für Städte und Kreise als Träger der Altenhilfe aus dem Sozialgesetzbuch (§ 71 SGB XII) ergeben. Das Gutachten kommt zu dem Schluss, dass die Vorschrift vor allem auf Angebote für Beratung und Unterstützung zielt, weniger auf Geldleistungen. Die BAGSO fordert Städte und Kreise auf, eine Grundausstattung an Angeboten der offenen Altenarbeit bereitzuhalten. An Bund und Länder appelliert sie, zum Aufbau und zur Qualität der Angebote beizutragen.

„Das Rechtsgutachten zeigt auf, dass offene Altenarbeit keineswegs eine freiwillige Leistung ist, sondern dass kreisfreie Städte und Landkreise solche Strukturen in einem gewissen Umfang vorhalten müssen“, so die BAGSO-Vorsitzende Dr. Regina Görner. „Beratung, Begegnungsstätten und Strukturen zur Förderung von Engagement sollte es an jedem Ort geben, im besten Fall gemeinsam mit älteren Menschen geplant. Denn Vorbeugen ist besser als Nachsorgen – und genau darum geht es bei der offenen Altenarbeit, wie sie in Paragraph 71 beschrieben wird.“

Abgesehen vom Thema Pflege bieten nur wenige Kommunen Beratung und Unterstützung im Alter an, wie eine Studie der BAGSO am Beispiel von 33 Kommunen 2021 aufgezeigt hat. Mancherorts wird eine offene Altenarbeit nach § 71 SGB XII überhaupt nicht umgesetzt. In anderen Kommunen werden im Einzelfall Geldleistungen gewährt. Das Rechtsgutachten kommt dagegen zu dem Ergebnis, dass Städte und Kreise verpflichtet sind sicherzustellen, dass Beratung und Unterstützung „jedenfalls auf einem Mindeststandard“ wirksam erbracht werden können. Andernfalls drohten die Ansprüche nach § 71 SGB XII ins Leere zu laufen. Dabei müssten die Städte und Kreise die Angebote nicht notwendig selbst vorhalten, sondern könnten sie im Zusammenwirken mit anderen öffentlichen oder privaten Akteuren erbringen.

Das Rechtsgutachten untersucht auch die Möglichkeiten von Bund und Ländern, die offene Altenarbeit zu fördern. Vor allem auf der Ebene der Länder sind demnach ergänzende bzw. konkretisierende Regelungen möglich. Dem



Bundesgesetzgeber erschwere das sogenannte Durchgriffsverbot weitergehende Regelungen. Möglich wäre es aber, eine Einrichtung zu schaffen, die – vergleichbar der Bundesstiftung Frühe Hilfen – zur Qualitätsentwicklung in der Altenhilfe beitragen könnte. Die BAGSO ruft Bund und Länder auf, im Rahmen ihrer gesetzlichen Möglichkeiten die offene Altenhilfe zu befördern und damit auch gleichwertige Lebensbedingungen sicherzustellen.

Das Rechtsgutachten wurde erstellt von Prof. Dr. Johannes Hellermann, der an der Universität Bielefeld einen Lehrstuhl für Öffentliches Recht, Finanz- und Steuerrecht innehat. Gefördert wurde die Untersuchung vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ).

Zum Rechtsgutachten „Die Altenhilfe nach § 71 SGB XII und der rechtliche Rahmen für ihre Weiterentwicklung“ klicken sie auf folgenden Link:

https://www.bagso.de/fileadmin/user_upload/bagso/06_Veroeffentlichungen/2022/BAGSO_Rechtsgutachten_Altenhilfe_.pdf

Quelle: <https://www.bagso.de/spezial/aktuelles/detailansicht/rechtsgutachten-kommunen-muessen-offene-altenarbeit-sicherstellen/>



Das war's für heute und für das Jahr 2022. Ich hoffe, es waren für Sie immer wieder interessante Artikel dabei.

Für mich war dies der 44ste und gleichzeitig der letzte Newsletter in dieser Funktion. Ich trete nach siebeneinhalb schönen Jahren als Koordinator des Aktionsbündnisses "Sehen im Alter" zum Ende des Jahres in den beruflichen Ruhestand. Mit meinem Beitrag "Altersbedingter Sehverlust - Aktionsbündnis "Sehen im Alter" stellt sich Herausforderungen einer Volkskrankheit" habe ich für "Weitersehen im Alter 2023" die Aktivitäten des Bündnisses in den acht Jahren seines Bestehens nachgezeichnet. Der Beitrag wurde im November-Newsletter veröffentlicht.

Erfreulicherweise geht es mit dem Aktionsbündnis "Sehen im Alter" nahtlos im Neuen Jahr weiter. Mein Nachfolger ist Markus Georg aus Bonn. Ich wünsche ihm viel Freude und Erfolg bei der Tätigkeit als neuer Koordinator des Aktionsbündnisses "Sehen im Alter". Sie können ihn ab Januar 2023 wie folgt per E-Mail erreichen: m.georg@dbsv.org. (Telefon: (030) 28 53 87-0; seine Durchwahl-Telefonnummer stand bei Redaktionsschluss noch nicht fest.)

Der nächste Newsletter erscheint Mitte Februar 2023. Gerne informiert mein Nachfolger über Neuigkeiten, die ihm aus dem Kreis des Aktionsbündnisses bekannt oder zugemailt werden. Redaktionsschluss für den Februar-Newsletter ist der 15.02.2023.

Ich danke Ihnen allen für Ihre Unterstützung in den zurückliegenden Jahren, auch für Anregungen, Kritik und Lob in dieser Zeit.

Zu guter Letzt wünsche ich Ihnen allen frohe und gesegnete Weihnachtstage, viel Zeit fürs Kraftschöpfen und schöne Begegnungen sowie für 2023 Glück, Gesundheit und Erfolg in einer Welt, die hoffentlich ein Jahr des Friedens erlebt.

Herzliche Grüße aus München sendet

Christian Seuß

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

Aktionsbündnis Sehen im Alter
c/o: DBSV - Deutscher Blinden- und Sehbehindertenverband e. V.
Christian Seuß
Koordinator des Aktionsbündnisses „Sehen im Alter“
Rungestr. 19
10179 Berlin
Telefon: (030) 28 53 87-294
Fax: (030) 28 53 87-200
E-Mail: c.seuss@dbsv.org
Internet: www.sehenimalter.org