

Sandra Greim
Dr. med. dent.

Neuerblindungen in Baden von 1980 bis 1999

Geboren am 21.07.1973 in Erbach im Odw.
Reifeprüfung am 28.06.1993
Studiengang der Fachrichtung Zahnmedizin vom SS 1994 bis SS 2000
Physikum am 01.10.1997 an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg
Klinisches Studium in Heidelberg
Staatsexamen am 19.07.2000 an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg

Promotionsfach: Augenheilkunde
Doktorvater: Prof. Dr. med. K. Rohrschneider

Sehbehinderung und Blindheit nehmen in Deutschland zu. Neben dem damit verbundenen menschlichen Leid steigen auch die sozialen Kosten für die Gesellschaft. Zu den Aufgaben des Augenarztes gehört es, das Schicksal der Erblindung abzuwenden bzw. den Zeitpunkt möglichst weit hinauszuzögern. Eine wichtige Voraussetzung dafür ist, dass er über fundierte Kenntnisse über die Ursachen der Erblindung und deren Wandel verfügt.

Ziel der Untersuchung war es, durch Auswertung von Blindengeldanträgen des Landeswohlfahrtsverbandes Baden der Jahre 1980 bis 1999 Daten über die Erblindungsursachen in dieser Region sowie eventuell eingetretene Veränderungen zu gewinnen. Von 2265 ausgewerteten Anträgen wurden 754 (33,3%) abgelehnt. In 1511 Fällen (66,7%) wurde Blindenhilfe gewährt, wobei es sich um 991 Frauen und 520 Männer im Alter von 1-107 (Durchschnittsalter: $68,1 \pm 22,5$ Jahre) handelte. 37,8% der Patienten waren ≥ 80 Jahre, 62,5% ≥ 70 Jahre alt, während nur 4,6% der Neuerblindeten der Altersgruppe < 10 Jahre und 1,7% den 10- bis 19-jährigen angehörten.

In unsere Studie stellten Makuladegeneration (23,1%), Glaukom (22,0%), Optikusatrophie (19,1%), diabetische Retinopathie (13,3%) und tapetoretinale Degeneration (8,1%) die häufigsten Erblindungsursachen dar.

Unabhängig von gewissen methodischen Einschränkungen der Auswertung von Blindengeldakten ließ sich in Übereinstimmung mit anderen Studien eindeutig feststellen, dass für Neuerblindungen in erster Linie altersbedingte Erkrankungen verantwortlich sind. Dabei verursachte die diabetische Retinopathie mit zunehmendem Alter bezogen auf die absoluten Fallzahlen immer mehr Neuerblindungen. Gleiches gilt für das Glaukom, die Makuladegeneration und die Optikusatrophie, wobei hier ein sprunghafter Anstieg der Neuerblindungen ab 70 Jahren zu verzeichnen war. Ganz im Gegensatz dazu war die tapetoretinale Degeneration für die meisten Erblindungen in der Altersklasse der 20- bis 49-jährigen verantwortlich, mit zunehmendem Alter nahmen die Fallzahlen hier ab. Schwerstbehinderte Patienten dominierten bei den 1- bis 19-jährigen.

Der Anteil der zugrunde liegenden Diagnosen bei Neuerblindung änderte sich im Zeitverlauf relativ wenig.

Trotz oder gerade wegen der immer besseren medizinischen Versorgung ist mit steigender Lebenserwartung eine weitere Zunahme altersbedingter Erkrankungen zu erwarten.

Für das Glaukom und die diabetische Retinopathie bestehen im Bereich der Sekundärprävention Möglichkeiten, das Auftreten von Blindheit und Sehbehinderung zu verzögern oder zu verhindern. Demgegenüber gibt es bei der altersabhängigen Makuladegeneration leider bis heute keine Möglichkeit der Sekundärprävention und nur begrenzte therapeutische Ansätze. Die Optikusatrophie und die erbliche tapetoretinale Degeneration sind nicht behandelbar.