

Telemedizinisches Augenscreening

Pilotprojekt in Sachsen-Anhalt als Antwort auf den Ärztemangel

Die Versorgungssituation im Bereich der Augenheilkunde ist in Teilen Deutschlands bereits heute ungenügend und könnte angesichts der demografischen Entwicklung zunehmend ethisch und medizinisch bedenklich werden. Als Antwort auf den Ärztemangel werden in Zörbig, Sachsen-Anhalt, telemedizinische Augenscreenings mit einer automatischen Diagnoseplattform (Handelsname EyeLib) durchgeführt. Dr. Tobias Duncker, FEBO (Halle/Saale) stellt eine Zwischenbilanz zu dem Pilotprojekt vor und regt dazu an, gemeinsam zukunftsorientierte Lösungen zu erarbeiten.

Stellen Sie sich vor: Eine Rentnerin im Landkreis Anhalt-Bitterfeld merkt, dass ihre Sehleistung schlechter wird. Die Angehörigen kontaktieren alle Augenpraxen im Umfeld, aber niemand nimmt mehr neue Patienten auf. Mit viel Glück gelingt es schließlich, in einer weiter entfernten Praxis einen Termin in sechs Monaten zu bekommen. In einigen Regionen in Deutschland, vor allem in größeren Städten, mag die Versorgungssituation im Bereich der Augenheilkunde noch komfortabel sein. Doch in weiten Teilen Ostdeutschlands ist das beschriebene Szenario längst Realität. Und was wir hier erleben, wird mittelfristig auch viele andere Regionen Deutschlands betreffen.

Die demografische Herausforderung

Die demografische Karte (Abb. 1) zeigt das Dilemma deutlich: In Ostdeutschland ist die Bevölkerung älter, und die Inzidenz von Augenerkrankungen steigt im Alter sprunghaft an. Ausgerechnet dort, wo der Bedarf am höchsten ist, fehlen besonders viele Augenärzte. Derzeit sind in Sachsen-Anhalt neun (allein drei davon im Landkreis Anhalt-Bitterfeld) und in Thüringen 13 Kassensitze unbesetzt. Wenn Kolleginnen und Kollegen in Rente gehen, findet sich im ländlichen Raum oft niemand für eine Nachbesetzung. Die Folgen sind ethisch und medizinisch bedenklich: Patienten mit exsudativer altersbedingter Makuladegeneration (AMD) oder Glaukom, die noch keine augenärztliche Anbindung haben, fehlt schlicht der Zugang zur Versorgung. Gleichzeitig bestehen bereits angebundene Patienten auf regelmäßige Kontrollen aus Sorge, sie könnten ihren Status als Bestandspatient verlieren.

Wie die Idee entstand

Unser Institut hat in Halle (Saale) ein Operationszentrum und mehrere weitere Standorte. Im Landkreis Anhalt-Bitterfeld betreiben wir eine Zweigstelle in Zörbig. Es war dort über die Jahre schwierig, dauerhaft eine ärztliche Besetzung zu realisieren. Wiederholt stand die Frage im Raum, ob wir den Standort aufgeben sollten,

obwohl es dort viele Patienten gibt, die dringend augenärztliche Versorgung benötigen. Auf dem Kongress der European Society of Cataract and Refractive Surgeons (ESCRS) sah ich erstmals die automatische Diagnoseplattform EyeLib (Handelsname) (Abb. 2). So entstand die Idee, an Tagen, an denen die Praxis nicht besetzt ist, mit dem EyeLib ein Screening durchzuführen. Wir haben dies als Pilotprojekt im Rahmen einer Studie aufgesetzt. In der Firma Bayer habe ich einen Partner gefunden, der das Projekt unterstützt.

Pilotprojekt mit dem EyeLib-System

Das EyeLib stammt von dem Start-up Mikajaki, gegründet von Dr. Michael Assouline (Paris/Frankreich) und Jacky Hochner (Schweiz/Israel). Wir haben als erste Praxis in Deutschland dieses System in Betrieb genommen. Es vereint in einem kompakten Aufbau Technologien, für die man normalerweise einen ganzen Gerätepark benötigen würde. Folgende Untersuchungen werden unter anderem durchgeführt:

- | Refraktion und Aberrometrie
- | Vorderabschnitts-OCT mit Hornhauttopographie, Epitheldickenkarte und Vermessung des Kammerwinkels
- | Frontale Fotodokumentation der Augen
- | Pupillen-Retroillumination zur Beurteilung von Linsentrübungen
- | Hinterabschnitts-OCT mit Analyse der Papille und der Makula

Die verschiedenen Messungen werden automatisiert nacheinander durchgeführt. Ein einziger Mitarbeiter kann ohne größeres Training die komplette Untersuchung in etwa 6 bis 10 Minuten durchführen. Die gesammelten Daten werden durch Algorithmen analysiert. Das Ergebnis ist ein umfassender PDF-Report (Abb. 3), der es ermöglicht, sich binnen kürzester Zeit einen kompletten Überblick über den Patienten zu verschaffen. Die Befunde werden anschließend von Augenärzten in unserer Hauptpraxis durch-

geschaut und dann festgelegt, ob die Patienten einen Termin beim Augenarzt brauchen und wie das weitere Vorgehen aussehen sollte.

Erste Ergebnisse aus der Praxis

Die Zwischenbilanz nach den ersten Monaten ist ermutigend:

- | 118 Patienten wurden gescreent
- | 92 Prozent hatten zuvor noch nie einen Augenarzt konsultiert
- | 30 Prozent benötigten aufgrund auffälliger Befunde eine Weiterbehandlung in unserem Praxisnetz
- | 98 Prozent Patientenzufriedenheit

Die Patienten kamen aus Zörbig und umliegenden Gemeinden. Für viele war dieses niedrigschwellige Angebot der erste Kontakt mit augenärztlicher Versorgung seit Jahren, oder sie waren zuvor noch nie bei einem Augenarzt gewesen.

Viele der Patienten, die eine Weiterbehandlung brauchten, hatten eine Katarakt. Wir hatten aber auch Patienten mit Glaukomverdacht, epiretinaler Gliose und AMD in dieser ersten Gruppe. Das Durchschnittsalter bei der Untersuchung lag bei 61 Jahren (Spanne: 15 bis 88 Jahre), 60 Prozent der Teilnehmer waren männlich. Das heißt, wir haben noch nicht genug die älteren Patienten erreicht, die besonders von Screenings profitieren würden, da die Inzidenz von Augenerkrankungen mit dem Alter deutlich zunimmt. Wir arbeiten daher gerade an einem Flyer, den wir auslegen wollen, um auch diese Altersgruppe besser anzusprechen.

Was uns die Zahlen aber bereits jetzt deutlich zeigen: Es gibt tatsächlich einen großen ungedeckten Bedarf an niedrigschwelliger

augenärztlicher Versorgung im ländlichen Raum. Das Angebot wird gut angenommen und funktioniert grundsätzlich. Die Frage ist nun: Wie lässt sich ein solches Modell langfristig etablieren?

Neue Wege für die Zukunft

Wir werden künftig mit weniger Augenärzten eine wachsende Zahl älterer Patienten versorgen müssen. Diese demografische Entwicklung ist unumkehrbar. Die entscheidende Frage lautet: Wie kann das funktionieren? Das Auge als transparente Struktur lässt sich dank technischer Fortschritte heute sehr präzise vermessen. Die diagnostischen Daten können digitalisiert und von Fachärzten ortsunabhängig ausgewertet werden. Neue Formen der ärztlichen Delegation werden dadurch möglich. Wir müssen unsere Behandlungspfade flexibler gestalten und sie konsequent an den Bedürfnissen der Patienten ausrichten: Wie können wir früher eine Diagnose stellen? Wie verkürzen wir Wege? Wie können wir Hürden minimieren?

Zwischenbilanz und Ausblick

Unser Pilotprojekt in Zörbig ist ein erster Schritt. Wir sammeln Erfahrungen, sehen Chancen, aber auch noch viele offene Fragen. Ob für ein effektives Screening tatsächlich ein Gerät mit so umfangreichen Messmöglichkeiten wie das EyeLib nötig ist, oder ob eine kostengünstigere Variante mit weniger Funktionen ausreicht, muss noch evaluiert werden.

Die größte Hürde bleibt die Kostenerstattung. Unser Projekt wird durch die Firma Bayer unterstützt, eine Abrechnung über die Krankenkassen ist derzeit nicht möglich. Ohne eine langfristige Finanzierungslösung wird sich das Modell nicht etablieren können.

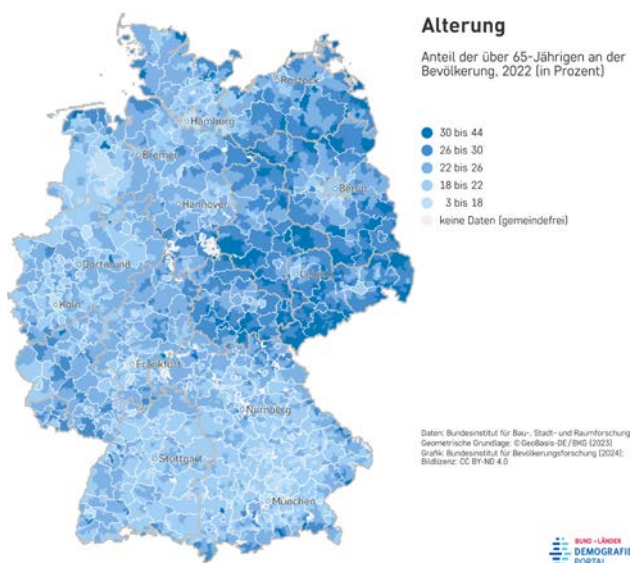


Abb. 1: Altersverteilung der Bevölkerung in Deutschland. Der Anteil an Menschen >65 Jahren ist in Ostdeutschland besonders hoch.



Abb. 2: Das EyeLib-Gerät der Firma Mikajaki vereint eine Vielzahl von diagnostischen Verfahren in einem kompakten System.

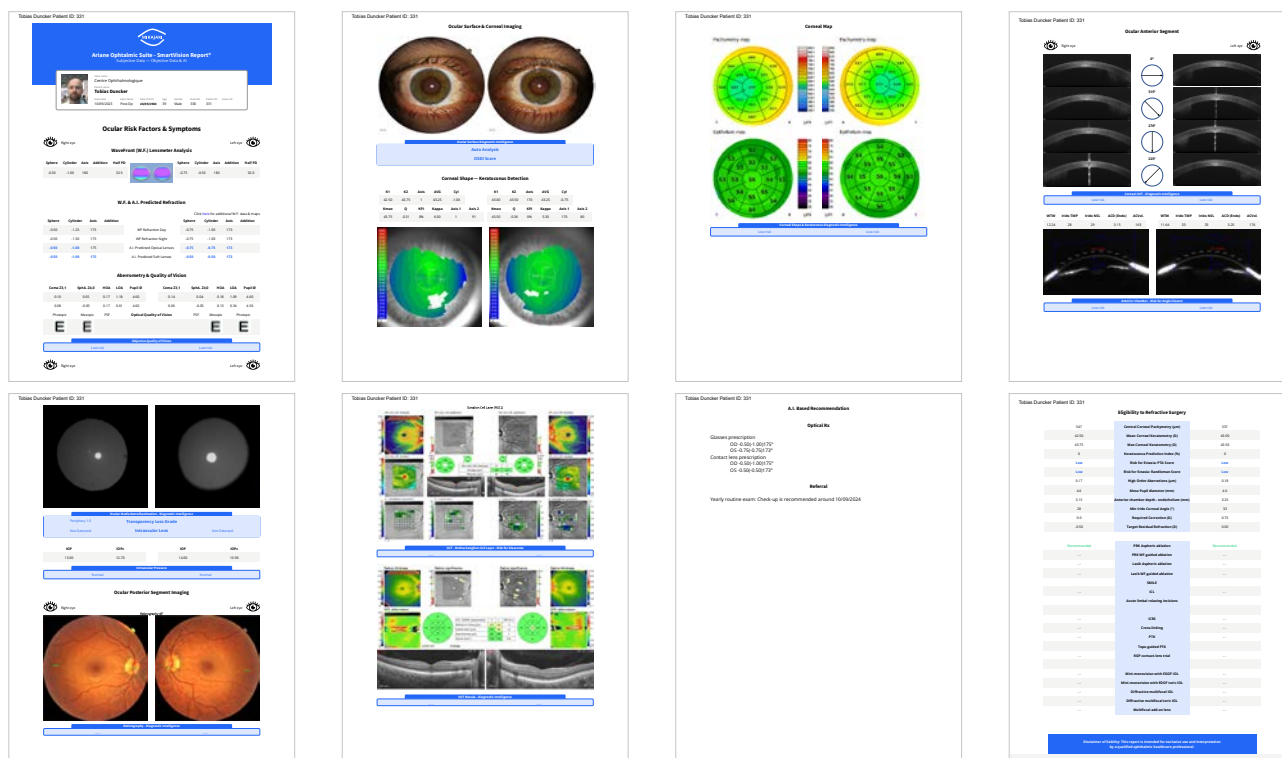


Abb. 3: Beispiel eines automatisch generierten EyeLib-Reports mit KI-gestützter Voranalyse.

Sachsen hat als erstes Bundesland eine Abrechnungsziffer für telemedizinische Augenuntersuchungen eingeführt. So etwas bräuchten wir deutschlandweit.

Ja, zunächst bedeutet die Einführung solcher Systeme einen höheren Aufwand. Doch mittelfristig können auch Kosten gespart werden, durch direktere Versorgung, weniger Krankentage, bessere Prävention von Folgeschäden und effizientere Nutzung augenärztlicher Expertise.

Gemeinsam nach vorne schauen

Die Diskussion um Augenscreenings bei Optikern oder im Drogeriemarkt zeigt: Wenn wir als Augenärzte keine eigenen Versorgungsangebote entwickeln, entstehen sie anderswo. Statt Grabenkämpfe zwischen verschiedenen Akteuren zu führen, sollten wir lieber gemeinsam Lösungen erarbeiten.

Die Wunschvorstellung, dass jeder Patient ohne Wartezeit zum Arzt gehen und vor Ort alles besprochen werden kann, funktioniert in vielen Regionen schon heute nicht mehr. Und perspektivisch wird es auch anderswo schwierig werden.

Dabei geht es nicht darum, den Arzt zu ersetzen. Augenärzte bleiben unverzichtbar, gerade wenn es um Kommunikation, Aufklärung und komplexe Entscheidungen geht. Aber das System muss flexibler werden. Für Screenings sollte die Schwelle niedrig liegen, die gesamte

Versorgungskette jedoch von Anfang bis Ende augenärztlich begleitet sein. Wenn unsere Zeit als Augenarzt limitiert ist, sollten wir sie gezielt für die Patienten einsetzen können, die unsere Hilfe am dringendsten benötigen. Hier können auch der Berufsverband der Augenärztinnen und Augenärzte Deutschlands (BVA) und die Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft (DOG) eine wichtige gestaltende Rolle übernehmen: Standards setzen, Qualität sichern, den Dialog fördern und bei Verhandlungen über die Kostenerstattung mitwirken. Gemeinsam sollten wir ein Gesamtkonzept erarbeiten, das die Augen vor der demografischen Entwicklung nicht verschließt.

Ich würde mir wünschen, dass wir verstärkt zusammenarbeiten, um Erfahrungen zu teilen, voneinander zu lernen und unsere Versorgungsstrukturen zukunftsfähig zu machen. Eine Gelegenheit dazu bietet ein Symposium über Telemedizin in der Augenheilkunde auf dem DOC-Kongress 2026 in Nürnberg (am Donnerstag, den 18. Juni 2026, von 17.00 bis 18.30 Uhr).

Literatur auf Anfrage in der Redaktion und per AUGENSPIEGEL-App direkt abrufbar.

Dr. Tobias Duncker, FEBO

Geschäftsführer und Ärztlicher Leiter
Institut für Augenheilkunde Halle
E-Mail: tobias.duncker@augenheilkunde.de